

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÔNICA MARIA DE JESUS SILVA

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ

ALFENAS/MG

2014

MÔNICA MARIA DE JESUS

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG) como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite.

Co-orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira.

ALFENAS/MG

2014

Silva, Mônica Maria de Jesus.

Avaliação da ansiedade de depressão na gravidez / Mônica Maria de Jesus Silva. - 2014.

190 f. –

Orientadora: Eliana Peres Rocha Carvalho Leite.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.

Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Gravidez. I. Leite, Eliana Peres Rocha Carvalho. II. Título.

CDD: 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 13131-000



MÔNICA MARIA DE JESUS SILVA

**"AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ"**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Dissertação apresentada como parte dos  
requisitos para a obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem pela Universidade Federal de  
Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 31/04/2014

Profa. Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG  
- UNIFAL-MG

Assinatura: Eliana P. Rocha

Prof. Dr. Fábio de Souza Toma  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG  
- UNIFAL-MG

Assinatura: Fábio de Souza Toma

Profa. Dra. Maria José Clapis  
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão  
 Preto - EERP USP

Assinatura: Maria José Clapis

*Dedico este trabalho a minha irmã  
Pathy (in memoriam) que durante todo  
o tempo que passamos juntas sempre me  
apoiou e me proporcionou imensa felicidade.  
Mais do que irmãs, parceiras. Amo  
eternamente!*

*Presença constante em minha memória,  
te tenho como o vento: não posso mais te ver  
mas posso te sentir...*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus pela proteção em todos os momentos da minha vida, por me guiar nesta caminhada, fortalecer minha força de vontade e perseverança, firmando-me na fé para continuar mesmo nos momentos mais difíceis.*

*Obrigada por esta vitória, Senhor!*

*A minha mãe, Maria, minha maior incentivadora, meu exemplo de amor, humildade e dedicação à família. Agradeço por fazer do meu sonho, o seu, não medindo esforços para que eu alcançasse meu objetivo. Obrigada por estar sempre ao meu lado, incondicionalmente. O que existe de melhor em mim, devo à senhora. Te amo, Mamis!*

*A meu pai, Romirso, meu exemplo de determinação, perseverança e honestidade. Agradeço por ser o meu mecenas, mesmo em tempos de dificuldades, por acreditar em minhas ideias e investir em mim. Obrigada*

*por me ensinar a buscar sempre o melhor e por se dedicar pela busca das minhas realizações profissionais. Te amo, Pai! "O importante é brilhar"...*

*A minha irmã, Ângela, minha grande amiga e companheira. Obrigada por caminhar ao meu lado, por me ajudar e incentivar a percorrer este caminho. Sem sua ajuda, esta vitória não seria possível. A você, Rik e Vini, todo o meu amor!*

*A querida orientadora Prof.ª Dr.ª Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, pela dedicação e brilhante condução deste trabalho. Agradeço por me acolher, compartilhar seus conhecimentos e fazer dessa caminhada uma experiência acima de tudo prazerosa. Obrigada por seu carinho e preocupação comigo, por me acalmar nos momentos de aflição, sendo mais do que uma orientadora, sendo uma amiga! Exemplo de excelência, tenho em você uma referência profissional e de ser humano.*

*À querido co-orientador, Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira, pela valiosa contribuição neste trabalho. Agradeço pela paciência e generosidade comigo. Aprendi muito com você!*

*À querida tia Sueli, por seu amor sincero e preocupação constante, por me apoiar e sempre se alegrar com minhas conquistas. Tia, obrigada por estar sempre presente em minha vida.*

*À República Havaianas, por ser minha família em Afenas. Érika, Lari, Bruna, Mak, Lud, Pathy, Dé, Bia, Laila, Tay, Jeda, Carol e Rider, agradeço por sempre me acolherem de braços abertos, pelo companheirismo e amizade. Esses seis anos foram mais felizes com vocês ao meu lado. As levarei sempre comigo! Amo vocês, havaianas!*

*Às amigas da Borda, irmãs de uma vida inteira, agradeço pela irmandade, apoio, companheirismo e amor desde sempre. Carol, Bruna, Lu, Naty, Tamis, Ba, Glau, La Sousa, La Hellen e Fran.*



*obrigada por serem a família que eu escolhi e por se fazerem sempre presentes mesmo a longas distâncias. Quem tem um amigo, tem tudo! Amo vocês, tilangas!*

*Às amigas, Pri Pacheco e Taís Almeida, pelo companheirismo, carinho e amizade em Afenas! A amizade de vocês me faz mais feliz!*

*A querida professora, Dr.<sup>a</sup>. Christianne Alves Pereira Calheiros, meu espelho profissional, por incentivar meu crescimento desde a graduação. Agradeço por despertar em mim o interesse pela enfermagem obstétrica e pela docência. Obrigada pela amizade, carinho, generosidade em compartilhar seu conhecimento, prontidão em me ajudar em todos os momentos e principalmente por me permitir conviver com sua linda família. Chris, sou imensamente grata a você!*

*Aos colegas de mestrado pelos conhecimentos compartilhados durante esta etapa. Em especial às amigas, Sara, Nati Chantal, Nati Martinho,*

*Marília, Mirelle, Estefânia, Samara, Elana e Lucélia. A caminhada até aqui foi árdua, porém mais feliz ao lado de vocês!*

*A Prof. Dr.<sup>a</sup>. Sueli de Carvalho Vitela, cujo conhecimento e vivência na enfermagem psiquiátrica contribuíram ricamente para o aprimoramento deste trabalho, com sugestões oportunas e valiosas.*

*À Prof. Dr. Fábio de Souza Terra pela sua prontidão em colaborar com este trabalho. Agradeço pelas valiosas contribuições tanto no exame de qualificação como na defesa que permitiram o aprimoramento e a finalização deste trabalho.*

*A Prof. Dr.<sup>a</sup>. Maria José Clapis pela sua disponibilidade em participar da defesa desta dissertação. Agradeço por suas contribuições para o aprimoramento deste trabalho!*

*Às gestantes, que gentilmente compartilharam um momento tão sublime de suas vidas para a realização deste trabalho.*

*À Prefeitura Municipal de Alfenas-MG pela autorização para realização desse estudo nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.*

*À Universidade Federal de Alfenas pelo auxílio financeiro para realização desta pesquisa.*

Imagine uma nova história para você e acredite nela.

(Autor desconhecido)

## RESUMO

A gravidez é um período de intensas transformações na vida da mulher, as quais podem refletir diretamente em sua saúde mental. O que faz com que se observem aumentos de sintomatologias ou mesmo o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos durante o pré-natal, entre eles a ansiedade e a depressão, que podem levar a graves consequências materno/fetais. O presente estudo teve como objetivo avaliar a presença da ansiedade e da depressão em gestantes. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo-analítico, de corte transversal e abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 209 gestantes que realizaram pré-natal em cinco Unidades de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, geridas pela Secretaria Municipal de Saúde de um município do Sul do Estado de Minas Gerais, o que correspondeu a uma prevalência de 50%, 95% de confiança e margem de erro de 5%. Para a coleta de dados, que ocorreu de 16 de janeiro a 7 de março de 2013, foi utilizado a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão para avaliação desses transtornos e um instrumento de caracterização das gestantes contendo as variáveis socioeconômicas e demográficas, história gestacional atual e pregressa, hábitos de vida e doença pré-existentes, eventos marcantes de vida e relações interpessoais. Para as análises estatísticas descritivas e analíticas dos dados foi utilizado o software SPSS, versão 17.0. Foram realizados os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher, Shapiro-Wilk e Mann-Whitney e também calculado o rank médio e o *odds ratio* (razão de chances). As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a ansiedade e a depressão foram incluídas no modelo de regressão logística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas sob parecer 113.129. Como resultado verificou-se que 26,8% (56) das gestantes apresentaram ansiedade no pré-natal e 14,8% (31), depressão. Evidenciou-se que a ocupação, o histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, a presença de complicações em gestações anteriores, o desejo materno em relação a gravidez, o número de abortamentos, a quantidade de cigarros consumidos por dia e o uso de drogas estão associados com a ocorrência da ansiedade na gravidez e que a depressão neste período esteve associada a classificação quanto ao número de gestações, o apoio familiar, o número de partos, o número de filhos, a quantidade de cigarros consumidos por dia, o consumo de bebida alcoólica, o uso de medicamentos diários, o histórico de transtorno mental, a presença de ventos marcantes nos últimos 12 meses e o histórico de violência doméstica. Este estudo evidenciou que a ideia da gravidez ser um período de pleno bem-estar para a totalidade das mulheres é equivocada e que há a necessidade de implementação de ações para prevenir transtornos psíquicos neste período por meio de triagem e monitoramento da saúde mental durante todo o pré-natal, visando a melhoria da assistência pré-natal e a redução dos desfechos obstétricos negativos para a saúde da mãe e do feto.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Ansiedade. Depressão. Gravidez.

## ABSTRACT

Pregnancy is a period of intense change in women's lives, which can directly reflect on their mental health. What causes are observed increases in symptomatology or even the development of psychiatric disorders during the prenatal period, including anxiety and depression, which can lead to severe maternal/fetal consequences. The present study aimed to assess the presence of anxiety and depression in pregnant women. This is an epidemiological, descriptive-analytical study, cross-sectional and quantitative approach. The sample consisted of 209 pregnant women who received prenatal care units in five Primary Health Care within the Health System, managed by the Municipal Health Secretary of a municipality in the southern state of Minas Gerais, which corresponded to a prevalence of 50%, 95% confidence and a margin of error of 5%. For data collection, which took place from January 16 to March 7, 2013, we used the Hospital Anxiety and Depression Scale for assessment of mood disorders and a tool for characterizing pregnant containing socioeconomic and demographic variables, current pregnancy history and past, lifestyle and pre-existing disease, striking events of life and interpersonal relationships. For descriptive and analytical statistical analyzes of the data using SPSS software, version 17.0 was used. Chi-square, Fisher exact, Shapiro-Wilk test and Mann-Whitney tests were performed and also calculated the average rank and the odds ratio (odds ratio). Variables that were significantly associated with anxiety and depression were included in the logistic regression model. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Alfenas opinion under 113.129. As a result it was found that 26,8% (56) of the women had prenatal anxiety and 14,8% (31), depression. It was evident that the occupation, history of abortion/threatened premature labor, presence of complications in previous pregnancies, maternal desire in relation to pregnancy, the number of abortions, the number of cigarettes smoked per day and the use of drugs are associated with the occurrence of anxiety in pregnancy and depression in this period was associated rankings on the number of pregnancies, family support, the number of births, number of children, number of cigarettes smoked per day, beverage consumption alcohol, use of daily medications, history of mental disorder, the presence of winds striking the last 12 months and history of domestic violence. This study showed that the idea of pregnancy is a period of total well-being for all women is wrong and that there is a need to implement actions to prevent mental disorders in this period through screening and monitoring of mental health throughout the prenatal care, for better prenatal care and reducing adverse health of the mother and fetus obstetric outcomes.

**Keywords:** Nursing. Anxiety. Depression. Pregnancy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis faixa etária, escolaridade, estado civil, crença religiosa, renda familiar, ocupação e tipo de moradia. Alfenas – MG, 2013.....	68
Tabela 2 -	Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis idade e renda familiar (contínuas). Alfenas – MG, 2013.....	69
Tabela 3 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, idade gestacional, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, número de filhos. Alfenas – MG, 2013.....	74
Tabela 4 -	Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a variável número de gestações (contínuas). Alfenas – MG, 2013.....	75
Tabela 5 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis presença e tipo de complicações em gestações anteriores. Alfenas –MG, 2013.....	77
Tabela 6 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis presença e tipo de complicações na gestação atual. Alfenas – MG, 2013.....	79
Tabela 7 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis planejamento da gravidez, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do companheiro à gestação, apoio familiar à gestação. Alfenas – MG, 2013.....	80

Tabela 8 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, frequência do consumo de bebida alcoólica, uso de drogas, tipos de drogas. Alfenas – MG, 2013.....	83
Tabela 9 -	Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a variável quantidade de cigarros consumidos por dia (contínuas). Alfenas – MG, 2013.....	84
Tabela 10 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis presença de problemas de saúde, tipo de problemas de saúde, uso de medicamentos diários e grupo farmacológico do medicamento. Alfenas – MG, 2013.....	86
Tabela 11 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis histórico de transtorno mental, tipo de transtorno mental, realização de tratamento para o transtorno mental e tipo de tratamento para o transtorno mental. Alfenas – MG, 2013.....	88
Tabela 12 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis ocorrência e tipo de evento marcante na vida nos últimos 12 meses. Alfenas – MG, 2013.....	89
Tabela 13 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, tipo de violência doméstica vivenciada no passado e atualmente e ocorrência de violência doméstica atualmente. Alfenas – MG, 2013.....	91



Tabela 14 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis relações interpessoais satisfatórias, grupo com relacionamento insatisfatório, presença de apoio/suporte social, provedor do apoio/suporte social e tipo de suporte. Alfenas - MG, 2013.....	93
Tabela 15 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as respostas das afirmativas referentes à ansiedade. Alfenas – MG, 2013.....	95
Tabela 16 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde segundo a classificação da ansiedade baseada nos pontos de corte. Alfenas – MG, 2013.....	96
Tabela 17 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as respostas das afirmativas referentes à depressão. Alfenas – MG, 2013.....	98
Tabela 18 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a classificação da depressão baseada nos pontos de corte. Alfenas – MG, 2013.....	99
Tabela 19 -	Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis para as subescalas de ansiedade e depressão aplicadas em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas - MG, 2013.....	100
Tabela 20 -	Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a presença de comorbidade ansiedade/depressão. Alfenas – MG, 2013.....	101
Tabela 21 -	Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach das subescalas de ansiedade e depressão e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Total, aplicado em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013...	103

Tabela 22 -	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis faixa etária, escolaridade, estado civil, crença religiosa, renda familiar, ocupação e tipo de moradia em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	105
Tabela 23 -	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo a variável idade gestacional (trimestre) em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	106
Tabela 24 -	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, presença de complicações em gestações anteriores, presença de complicações na gestação atual, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013...	108
Tabela 25 -	Valores das médias e/ou ranks médios e valores de p para a associação entre ansiedade e as variáveis número de partos, número de abortamentos, número de ameaças de parto prematuro, número de filhos vivos em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	111
Tabela 26 -	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, uso de drogas, presença de problemas de saúde, uso de medicamentos diários em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	112

Tabela 27 -	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis histórico de transtorno mental e realização de tratamento para o transtorno mental em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde Alfenas – MG, 2013.....	114
Tabela 28 -	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis ocorrência de evento marcante na vida, presença de conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, ocorrência de violência doméstica atualmente, presença de relações interpessoais satisfatórias, presença de suporte social em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013...	116
Tabela 29 -	Análise múltipla dos fatores associados à ansiedade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo o modelo de regressão logística. Alfenas – MG, 2013.....	118
Tabela 30 -	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo às variáveis faixa etária, escolaridade, estado civil, crença religiosa, renda familiar, ocupação e tipo de moradia em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	120
Tabela 31 -	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo a variável idade gestacional (trimestre) em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	122
Tabela 32 -	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, presença de complicações em gestações anteriores, presença de complicações na gestação atual, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013...	124

Tabela 33 -	Valores das médias e/ou ranks médios e valores de p para a associação entre depressão e as variáveis número de partos, número de abortamentos, número de ameaças de parto prematuro, número de filhos vivos em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	126
Tabela 34 -	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, uso de drogas, presença de problemas de saúde, uso de medicamentos diários em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	128
Tabela 35 -	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis histórico de transtorno mental e realização de tratamento para o transtorno mental em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.....	131
Tabela 36 -	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis ocorrência de evento marcante na vida, presença de conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, ocorrência de violência doméstica atualmente, presença de relações interpessoais satisfatórias, presença de suporte social em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013...	132

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
APA	Associação de Psiquiatria Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10 <sup>a</sup> edição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais
DSM-IV	Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, 5 <sup>a</sup> edição
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HADS-A	Subescala Hospitalar de Ansiedade
HADS-D	Subescala Hospitalar de Depressão
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
ODDS RATIO	Razão de Chances
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCOG	Royal College of Obstetras e Ginecologistas
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas-MG
UNIFENAS	Universidade de Alfenas - José do Rosário Vellano
USF	Unidade de Saúde da Família
$\chi^2$	Qui-quadrado

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>34</b>
<b>6.1</b>	<b>Transtornos mentais.....</b>	<b>34</b>
<b>6.2</b>	<b>Transtornos mentais e a gestação.....</b>	<b>38</b>
<b>6.3</b>	<b>Ansiedade.....</b>	<b>41</b>
<b>6.4</b>	<b>Depressão.....</b>	<b>45</b>
<b>6.5</b>	<b>Comorbidade ansiedade/depressão.....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>54</b>
<b>7.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>54</b>
<b>7.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>55</b>
<b>7.2.1</b>	<b>Seleção dos serviços de saúde.....</b>	<b>57</b>
<b>7.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>58</b>
<b>7.4</b>	<b>Período de coleta de dados.....</b>	<b>59</b>
<b>7.5</b>	<b>Procedimentos para a coleta de dados.....</b>	<b>59</b>
<b>7.6</b>	<b>Instrumentos para a coleta de dados.....</b>	<b>60</b>
<b>7.6.1</b>	<b>Instrumento de caracterização da amostra: dados socioeconômico-demográficos, história gestacional atual e pregressa, hábitos de vida e doenças pré-existentes, eventos marcantes de vida e relações interpessoais.....</b>	<b>60</b>
<b>7.6.2</b>	<b>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão/Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) .....</b>	<b>62</b>

<b>7.7</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>63</b>
<b>7.8</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>64</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>8.1</b>	<b>Análise descritiva.....</b>	<b>67</b>
8.1.1	Caracterização socioeconômica demográfica.....	67
8.1.2	Anamnese obstétrica atual e pregressa.....	73
8.1.3	Hábitos de vida e doenças pré-existentes.....	82
8.1.4	Eventos Marcantes de Vida e Relações Interpessoais.....	89
8.1.5	Dados acerca da ansiedade e depressão.....	94
<b>8.2</b>	<b>Avaliação da consistência interna das subescalas de ansiedade e depressão e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) total.....</b>	<b>103</b>
<b>8.3</b>	<b>Análise dos fatores associados à ansiedade.....</b>	<b>104</b>
8.3.1	Análise univariada.....	104
8.3.2	Análise múltipla.....	118
<b>8.4</b>	<b>Análise dos fatores associados à depressão.....</b>	<b>119</b>
8.4.1	Análise univariada.....	119
8.4.2	Análise múltipla.....	134
<b>9</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>135</b>
<b>10</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA.....</b>	<b>140</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>141</b>
	<b>APÊNDICE A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG.....</b>	<b>172</b>
	<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>173</b>

<b>APÊNDICE C - Instrumento de Caracterização da Amostra.....</b>	<b>174</b>
<b>APÊNDICE D - Formulário de Avaliação dos Juízes - Processo de Refinamento do Instrumento de Caracterização da Amostra.....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Juiz.....</b>	<b>184</b>
<b>APÊNDICE F - Informações Sobre a Pesquisa.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO A - Dados Fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG.....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO B - Declaração de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas-MG.....</b>	<b>188</b>
<b>ANEXO C - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....</b>	<b>190</b>



## 1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa propõe avaliar a presença da ansiedade e da depressão entre gestantes durante o pré-natal realizado em Unidades de Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

O interesse pelo tema proposto advém de experiências vivenciadas pela autora durante a graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), iniciada em 2007.

O envolvimento com a área de Saúde Materno-infantil, mais precisamente com a enfermagem obstétrica, ocorreu no ano de 2008, após a inserção da autora no projeto de extensão universitária “Minha Mama, Meu Leite”, o qual visa sensibilizar e orientar puérperas sobre a importância da amamentação com o intuito de aumentar a sua prática e promover melhor qualidade de vida ao binômio mãe-filho.

O envolvimento com o projeto e a convivência com a docente coordenadora conferiu à autora grande estímulo no direcionamento da vida acadêmica e despertou-lhe interesse no caminho da docência.

Após a conclusão do curso de graduação em Enfermagem, no ano de 2010, submeteu-se e foi aprovada na seleção do Programa de Mestrado em Enfermagem na UNIFAL-MG.

Optou-se, então, por dar continuidade e ampliar seus conhecimentos na área de Saúde Materno-Infantil, na temática de Enfermagem Obstétrica, pelo interesse despertado durante a trajetória acadêmica.

Durante o estágio curricular, atentou-se que convivência com as gestantes e puérperas permitiu que se presenciassem situações de adoecimento e desgaste mental durante o período gravídico-puerperal. Surgindo, com isso, inquietações sobre o desenvolvimento de alterações mentais, como a presença de ansiedade e de depressão durante o período pré-natal.

Por se tratar de relevante tema de investigação para a prática profissional e para a área de conhecimento científico relacionado à atenção qualificada à mulher no ciclo gravídico, o estudo proposto se vincula às questões em torno de uma

assistência pré-natal adequada e de qualidade, como parte da promoção da Saúde Materno-Infantil, podendo repercutir favoravelmente em resultados maternos e em melhores condições dos recém-nascidos.

## 2 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais se constituem, atualmente, em um problema de saúde pública. Em oposição aos ganhos gerais de saúde das populações do mundo nas últimas décadas, a carga de doença mental tem crescido (WHO, 2001; 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e estima-se que um em cada quatro indivíduos, será afetado por uma doença psiquiátrica em dado momento de sua vida (WHO, 2009).

Problemas de saúde mental podem resultar em uma variedade de custos para a sociedade. A OMS aponta que os transtornos mentais e dependências estão entre os mais onerosos do mundo e que seus custos irão aumentar ao longo das próximas décadas (WHO, 2009). No entanto, a doença e a saúde mental têm sido negligenciadas pela maioria dos governos e das sociedades, o que é confirmado pela grande diferença entre os custos por elas gerados e a disponibilidade de recursos para preveni-las e tratá-las (CAMPOS; FURTADO, 2006; WHO, 2005a, 2009).

As mulheres em idade reprodutiva são especialmente vulneráveis aos transtornos mentais (ORR et al., 2007), com maior prevalência na gestação e puerpério (ZUGAIB et al., 2008). De acordo com Viegas et al. (2008) entre 15% e 29% das mulheres durante estas fases manifestam alguma psicopatologia. Catão (2011) ressalta que o ciclo gravídico-puerperal é uma fase de grande impacto para o psiquismo feminino por se tratar de um período de risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade.

A literatura evidencia que a prevalência de transtornos mentais na gestação é superior em relação ao período pós-parto (LIMLOMWONGSE; LIABSUETRAKUL, 2006; RICH-EDWARDS et al., 2006; WISSART; PARSHAD; KULKARNI; 2005).

No entanto, a saúde mental da mulher grávida foi negligenciada no decorrer da história, possivelmente devido à crença popular de que a gravidez é um período de bem-estar para as mulheres e a maior ênfase dada aos transtornos psicóticos

ocorridos no pós-parto imediato que, por gerarem mais hospitalizações psiquiátricas, recebem maior atenção dos profissionais de saúde (KENDELL et al., 1976).

A gravidez é um período de peculiar suscetibilidade para as mulheres, sendo frequentemente estressante, física e mentalmente em consequência das inúmeras alterações ocorridas (CAMACHO et al., 2006).

Cada mulher lida com as mudanças advindas da gestação de uma forma muito particular. Segundo Benut et al. (2009), a gravidez altera o seu senso físico e exige uma reorganização de várias dimensões da sua identidade, como a relação com seu corpo, com as pessoas a sua volta e com seu plano de vida.

Apesar de ser um fenômeno biologicamente natural e de se esperar que a chegada da maternidade seja um momento jubiloso na vida da mulher, o período gravídico não a protege dos transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, uma vez que as inúmeras alterações que ocorrem nesta fase sejam elas físicas, hormonais, psíquicas, familiares e de inserção social, podem refletir diretamente em sua saúde mental aumentando o risco de morbidade psiquiátrica (APTER et al., 2011; CAMACHO et al., 2006).

Desta forma, reconhecer e tratar transtornos de ansiedade e de humor, como a depressão, no período pré-natal é importante (GIARDINELLI, et al., 2012), considerando que estes quando não tratados na gravidez constituem importantes preditores de depressão pós-parto (MILGROM et al., 2008), de ansiedade pós-parto, de adesão deficiente a assistência pré-natal (BONARI et al., 2004), de desfechos obstétricos adversos como baixo peso ao nascer, parto prematuro (BANSIL et al., 2010; PATEL et al., 2006; RAHMAN et al., 2007) e redução do índice de Apgar que podem influenciar no desenvolvimento infantil (MARCUS, 2009; CAMACHO et al., 2006; BRAND; BRENNAN, 2009; FAISAL-CURY et al., 2009; FALCONE et al., 2005) acarretando prejuízos para a gestante, o feto e até mesmo o cônjuge (GIARDINELLI et al., 2012; FALCONE et al., 2005).

Cabe ressaltar ainda que, por vezes, estas desordens psiquiátricas são subdiagnosticadas durante o pré-natal. Kogima (2010) ressaltava que o avanço do conhecimento científico na obstetrícia tem propiciado habilidades fundamentais aos profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres no ciclo gravídico-

puerperal. Todavia, muitas vezes esta assistência mantém invisíveis os aspectos psíquicos que interferem nesta etapa da vida.

A assistência pré-natal é definida como o conjunto de cuidados, condutas e procedimentos desenvolvidos em favor da mulher e do concepto durante a gestação (BARUFFI, 2004). Constitui-se num espaço de orientação quanto a aspectos inerentes ao processo fisiológico da gestação e da promoção da saúde (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011) e deve ter como aspecto fundamental, o cuidado à mulher considerando todas as suas necessidades, biopsicossociais e culturais (FALCONE et al., 2005).

O pré-natal bem assistido torna a gestante mais hígida, mais segura, psicologicamente preparada e culmina no parto de um recém-nascido saudável sem prejuízo à saúde materna (MATHEUS, 2007). Por meio dele é possível reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, realizando-se a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou dela intercorrentes.

Desta forma, o período pré-natal configura-se como uma fase crucial para o rastreamento e detecção de transtornos mentais (CLAESSON; JOSEFSSON; SYDSJÖ, 2010). Diversas organizações já recomendam o rastreamento de rotina de transtornos mentais durante o pré-natal, tais como o protocolo de saúde mental perinatal do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) no Reino Unido e o Royal College of Obstetras e Ginecologistas (RCOG) que sugerem a triagem das gestantes através da inclusão de perguntas a serem feitas rotineiramente pelos profissionais de saúde à gestante na primeira consulta pré-natal para identificar potenciais de transtornos mentais e o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) que recomenda o rastreamento durante cada trimestre da gestação (ACOG, 2006; NICE, 2010). Entretanto, as escalas de rastreamento de sintomas de transtornos mentais fazem parte da estratégia de busca ativa, sendo muito utilizadas em pesquisas, mas, não nos serviços de assistência pré-natal da presente pesquisa.

Moreno e Moreno (1998) reiteram que as escalas servem para medir e caracterizar o fenômeno clínico, traduzindo-o em informações objetivas e quantitativas, auxiliando o diagnóstico, assim como a documentação do estado clínico em um determinado momento ou complementando informações de alguma

avaliação prévia dos pacientes. Configuram-se, portanto, como instrumentos de triagem/rastreamento.

Austin (2004) ressalta que a triagem de mulheres durante a assistência pré-natal é um método de identificação de gestantes com transtornos mentais. Procedimentos de triagem têm sido relatados em vários estudos desenvolvidos em países de baixa renda (CHIBANDA et al., 2010; HANLON et al., 2008; HARTLEY et al., 2011). Na cidade do Cabo, África do Sul, o Projeto de Saúde Mental Perinatal (PMHP) fornece serviço integrado de saúde mental em uma unidade obstétrica, com triagem e aconselhamento psiquiátrico às mulheres que recebem cuidados obstétricos em nível primário de atenção à saúde. Neste projeto, os enfermeiros realizam exames de saúde mental e aconselhamento por meio da aplicação de dois questionários de triagem nas gestantes e, se necessário, as encaminham a um psiquiatra para avaliação e tratamento (HONIKMAN et al., 2012).

Neste íterim, o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde, por ser o elemento da equipe multidisciplinar que possui contato mais próximo com a mulher ao longo do período gestacional, tem a possibilidade de viabilizar estratégias voltadas para a saúde mental das gestantes, inclusive com o uso de instrumentos específicos que podem facilitar a identificação dos sintomas de transtornos mentais e a sua prevenção durante o pré-natal.

### 3 JUSTIFICATIVA

As alterações e adaptações características da gestação exercem um enorme efeito psicobiológico sobre o corpo e a mente da mulher pelas mudanças inerentes ao período (SUPPASEEMANONT, 2006). Neste âmbito, as condições nos domínios físico e mental da mulher no período pré-natal revestem-se de grande importância, já que as bases do desenvolvimento do feto e a gestação em si se estabelecem nesse momento e dependem intimamente do funcionamento da díade (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Leahy-warren e McCarthy (2007) ressaltam que esta temática é extremamente relevante no âmbito dos cuidados de enfermagem, sendo os transtornos mentais em gestantes mal compreendidos, pouco assistidos pelos profissionais e, muito frequentemente, pobremente tratados.

A OMS ressalta que os profissionais inseridos nos Programas de atenção pré-natal, precisam conhecer e reconhecer a importância dos problemas de saúde mental para as mulheres e incorporar atividades para enfrentá-los em seus serviços (WHO, 2009), destacando-se aqui os profissionais de enfermagem.

Atualmente, vem-se dando maior importância ao tema com estudos recentes acerca dos fatores de risco para os transtornos mentais nesse período da vida da mulher, para que se possa realizar diagnóstico e tratamento precoces (PEREIRA; LOVISI, 2008; RICH-EDWARDS; HANLON et al., 2009; FAISAL-CURY, A. et al., 2009; ARAÚJO et al., 2008; CLAEISSON; JOSEFSSON; SYDSJÖ, 2010).

No entanto, muitas questões ainda devem ser esclarecidas no que se refere a um tema tão importante quanto à saúde mental das mulheres na gravidez. Na literatura atual no Brasil, ainda há lacunas de conhecimento como a escassez de estudos sobre a ansiedade e a depressão no período pré-natal e a ausência de instrumentos específicos validados para uso nessa fase. Logo, há uma necessidade de melhor conhecimento sobre o tema que é, segundo Faisal-Cury et al. (2009), de enorme importância para a saúde pública, porém, frequentemente relegado a plano secundário na assistência às gestantes.

Em face dessas considerações, optou-se em realizar este estudo com o intuito de se avançar na compreensão dos transtornos mentais que afetam as mulheres durante o período pré-natal, propiciando subsídios para sensibilizar os enfermeiros quanto a importância de sua atuação na implementação de ações voltadas à saúde mental da gestante que permitam melhorar efetivamente a assistência pré-natal, reduzindo os efeitos adversos à qualidade de vida relacionada à saúde da mulher grávida, assim como outros resultados nocivos à saúde materna e do concepto.



## 4 HIPÓTESES

Este estudo apresenta as seguintes hipóteses:

1. Existe associação entre as variáveis: faixa etária, tipo de moradia, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, crença religiosa, ocupação, idade gestacional (trimestre), classificação quanto ao número de gestações, número de partos, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, número de filhos vivos, dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, complicações em gestações anteriores, complicações na gestação atual, planejamento da gravidez, desejo materno em relação à gestação, desejo paterno em relação à gestação, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez, tabagismo, uso de drogas, consumo de bebida alcoólica, presença de problemas de saúde, uso de medicamento diários, histórico de transtorno mental, realização de tratamento para o transtorno mental, tipo de tratamento para o transtorno mental, ocorrência de evento marcante na vida nos últimos doze meses, tipo de conflito marcante na vida ocorrido nos últimos doze meses, conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, tipo de violência doméstica vivenciada no passado, ocorrência de violência doméstica atualmente, tipo de violência doméstica atual, presença de apoio/suporte social, provedor do suporte social, tipo de suporte social, relações interpessoais satisfatórias e grupo de relações interpessoais insatisfatórias com as variáveis dependentes, ansiedade e depressão.
2. As medidas de ansiedade e de depressão em gestantes são diferentes em cada trimestre da gestação.

## 5 OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivos:

### 5.1 Objetivo geral

Avaliar a presença de ansiedade e de depressão em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

### 5.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar as gestantes do estudo quanto às variáveis de identificação socioeconômicas e demográficas, anamnese gestacional atual e pregressa, hábitos de vida e doenças pré-existentes e eventos marcantes de vida e relações interpessoais;
2. Mensurar a presença de ansiedade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Estado de Minas Gerais;
3. Mensurar a presença de depressão em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Estado de Minas Gerais;
4. Verificar a presença da comorbidade ansiedade/depressão;
5. Verificar se existe associação entre as variáveis: faixa etária, tipo de moradia, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, crença religiosa, ocupação, classificação quanto ao número de gestações, número de partos, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, número de abortamentos, número

de ameaças de parto prematuro, número de filhos vivos, dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, complicações em gestações anteriores, complicações na gestação atual, planejamento da gravidez, desejo materno em relação à gestação, desejo paterno em relação à gestação, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez, tabagismo, uso de drogas, consumo de bebida alcoólica, presença de problemas de saúde, uso de medicamento diários, histórico de transtorno mental, realização de tratamento para o transtorno mental, ocorrência de evento marcante na vida nos últimos doze meses, ocorrência de conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, ocorrência de violência doméstica atual, presença de suporte social e relações interpessoais satisfatórias com a presença de ansiedade e depressão em gestantes.

6. Comparar a presença de ansiedade em cada trimestre gestacional;
7. Comparar a presença de depressão em cada trimestre gestacional.

## 6 REFERENCIAL TEÓRICO

### 6.1 Transtornos mentais

Transtornos Mentais e Comportamentais são as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global que não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos (WHO, 2001).

Assim, caracterizam-se por uma combinação de comportamentos, ideias, emoções e relacionamentos anormais com outras pessoas, sendo diagnosticados pela existência de sintomas que variam consideravelmente (WHO, 2001).

Segundo o Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM), os transtornos mentais são síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem no indivíduo e estão associados a sofrimento ou a incapacitação ou a um risco significativamente aumentado de sofrimento, dor, deficiência ou perda importante da liberdade (APA, 2003).

Reconhecem-se como transtornos mentais os distúrbios classificados no DSM, criado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), atualmente em sua quarta edição (DSM-IV). No Brasil, usa-se a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), organizado pela OMS, o qual está em sua décima revisão (CID-10) (OMS, 2009; APA, 2003). Ressalta-se que existem algumas diferenças nessas duas classificações quanto à nomenclatura e critérios diagnósticos.

O DSM-IV classifica os diferentes transtornos mentais nos Eixos I e II. O Eixo I consiste de distúrbios clínicos e outras condições que possam ser foco da atenção primária:

- Transtornos usualmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência (excluindo o retardo mental);

- *Delirium*, demência, transtornos amnésicos e outros transtornos cognitivos;
- Transtornos mentais devido a uma condição médica geral;
- Transtornos relacionados a substâncias;
- Transtornos do humor em que se inclui a depressão;
- Transtornos de ansiedade;
- Transtornos somatoformes;
- Transtornos factícios;
- Transtornos dissociativos;
- Transtornos sexuais e de identidade de gênero;
- Transtornos alimentares;
- Transtornos do sono;
- Transtornos do controle dos impulsos não classificados em outro local;
- Transtornos da adaptação;
- Outras condições que podem ser foco da da atenção clínica.

O Eixo II consiste de transtornos de personalidade e retardo mental:

- Transtorno de personalidade paranóide;
- Transtorno de personalidade esquizóide;
- Transtorno de personalidade esquizotípica;
- Transtorno de personalidade anti-social;
- Transtorno de personalidade *borderline*;
- Transtorno de personalidade histriônica;
- Transtorno de personalidade narcisista;
- Transtorno de personalidade esquiva;
- Transtorno de personalidade dependente;
- Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo;
- Transtorno de personalidade sem outra especificação.
- Retardo mental.

O CID-10, em seu quinto capítulo (F) dedicado aos transtornos mentais, classifica-os em:

- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 - F09);
- Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa (F10 - F19);
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 - F29);
- Transtornos de humor (afetivos) (F30 - F39), incluindo a depressão;
- Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes (F40 - F48);
- Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos (F50 - F59);
- Transtornos da personalidade e do comportamento em adultos (F60 - F69);
- Retardo Mental (F70 - 79);
- Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 - F89);
- Transtornos emocionais e do comportamento com início geralmente na infância ou a adolescência (F90 - F98);
- Transtorno mental não especificado (F99).

Os transtornos mentais são comuns e universais. Afetam centenas de milhões de pessoas de todas as idades, gêneros e sociedades. Atualmente são considerados como um problema de saúde pública afetando cerca de 450 milhões de pessoas e 10% da população adulta e com estimativa de que uma em cada quatro pessoas será afetada por algum tipo de transtorno mental, assim são raras as famílias resguardadas (OMS, 2001; 2005a, WHO, 2009).

No Brasil, aproximadamente 3,6 milhões de pessoas, o que corresponde a 3% da população, sofrem de transtorno mental severo e persistente; 6% apresentam transtornos psiquiátricos em consequência do uso de álcool e drogas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, contínuo ou eventual, segundo estudos da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MACHADO, 2005; WHO, 2005a).

A OMS estimou, no estudo *Global Burden of Disease*, realizado durante a década de 1990, o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo em termos de morbidade e mortalidade por meio de dados oriundos de 54 países e constatou que 30,8% dos anos vividos com incapacidade no mundo são decorrentes de transtornos mentais. Os resultados ainda demonstram que entre as dez primeiras

causas de incapacitação em todo o mundo, sete delas são transtornos mentais (WHO, 2001). Esse ônus crescente representa um alto custo em termos de sofrimento humano, prejuízos econômicos e incapacidade para o indivíduo e seus familiares, gerando impacto negativo sobre a qualidade de vida (WHO, 2001; MENDLOWICZ; STEIN, 2000).

Quanto ao impacto econômico destaca-se a redução da produtividade e os gastos dos serviços sociais e de saúde, considerando que aproximadamente 20% de todos pacientes atendidos por profissionais de atenção primária à saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais (WHO, 2001).

No que se refere ao impacto que a incapacitação gera no indivíduo e na família, ressalta-se a queda de funcionalidade reflexas em situação ocupacional inativa e conseqüente diminuição da qualidade de vida expressas em pior performance social, acadêmica e laboral que podem ser explicados pela associação entre transtornos mentais e prejuízos precoces na evolução educacional e preparação para o mercado de trabalho, que podem culminar em situação ocupacional desfavorável, bem como em indicadores negativos de situação socioeconômica (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Os transtornos mentais figuram entre as principais causas de aposentadorias por invalidez junto a Previdência Social no Brasil (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007).

Mesmo sendo tão onerosos em diversos aspectos, os transtornos mentais são, por vezes, ignorados ou negligenciados. Devido em parte a isso, o mundo está padecendo de uma crescente incidência dos mesmos, aliada a crescente desnível de tratamento, muito embora a importância da saúde mental seja reconhecida pela OMS desde a sua origem e esteja refletida na sua definição de saúde como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (WHO, 2001).

Na maior parte do mundo, a saúde mental e os transtornos mentais estão longe de receberem a mesma importância dada à saúde física, sendo clara a desproporção entre os índices de doenças e o gasto com elas despendido. Segundo Campos e Furtado (2006), enquanto os transtornos mentais e de comportamento respondem por 12% do total de doenças no mundo, as verbas destinadas à saúde

mental, na maioria dos países, não ultrapassa 1% da totalidade dos gastos em saúde. Soma-se a estes dados, o fato de 40% dos países carecerem de políticas de saúde mental e mais de 30% não possuírem nenhum programa na área.

No Brasil, os recursos financeiros destinados à saúde, muitas vezes, decrescem gradativamente ou são mal distribuídos (LOPES, 1999). No que se refere à saúde mental, o país tem privilegiado o financiamento de projetos extra-hospitalares em detrimento dos hospitais psiquiátricos (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012), como proposto pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado no país na década de 80 (BRASIL, 2005), no entanto, tem destinado para a saúde mental menos de 5% do orçamento total em saúde que é preconizado pela OMS para este fim (WHO, 2005b). Deste fato, resulta a carência de ações e programas voltados para a saúde mental de grupos específicos da população brasileira, como a saúde mental de crianças e adolescentes, mulheres, idosos, bem como da população em geral.

## **6.2 Transtornos mentais e a gestação**

A saúde reprodutiva é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas como a ausência de doenças ou enfermidades (BRASIL, 2004).

Nas últimas décadas as transformações ocorridas nos papéis da mulher na economia, na família e na sociedade trouxeram implicações para sua saúde reprodutiva. No Brasil, a participação feminina no mercado de trabalho se fortaleceu, as responsabilidades das mulheres no comando de suas famílias aumentaram e elas tiveram maior acesso à escolaridade. Destaca-se também a queda da taxa de fecundidade, fato que colaborou para o avanço feminino, uma vez que, com menos filhos, as mulheres puderam conciliar melhor o papel de mãe e trabalhadora (ESPER, 2011). Há 40 anos, as mulheres tinham em média 6,3 filhos, atualmente este número chega a somente 1,8 filhos por mulher (BRASIL, 2008; 2010).



Esper (2011) acrescenta ainda que a mulher adquiriu novas responsabilidades, no entanto, sem abandonar as tradicionais como responder pelo cuidado dos filhos e realizar tarefas relacionadas à família. Além disso, a sua inserção no mercado de trabalho trouxe uma sobrecarga com uma dupla, e muitas vezes, tripla jornada de trabalho, uma vez que ela assumiu além do trabalho doméstico, o trabalho fora de casa. Esse progresso na autonomia e independência feminina traz importantes repercussões para a saúde mental da mulher.

A literatura identifica que as mulheres estão sujeitas aos transtornos mentais, em geral, nas mesmas proporções que os homens. As diferenças porventura existentes são explicadas pela distribuição diferencial dos transtornos (WHO, 2001). No entanto, as mulheres em idade reprodutiva são particularmente de risco para os transtornos mentais, os quais são extremamente deletérios a elas neste momento de suas vidas (APA, 2003), sendo o período gravídico-puerperal a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher (ZUGAIB et al., 2008). Fato explicado pelas inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social características deste momento da vida da mulher e que podem refletir diretamente em sua saúde mental (BORTOLETTI, 2007).

Na população brasileira, 59 milhões são mulheres consideradas em idade reprodutiva (BRASIL, 2013). Estas estão sujeitas a vivenciar uma etapa do ciclo de vida feminino que pode ser repleto de contradições, tensões e inquietações eminentes ao período gestacional capazes de desencadear possíveis transtornos mentais (SIMÕES, 2006).

A gravidez é um momento de profunda complexidade na vida da mulher. É visto como uma fase de transição que exige inúmeras adaptações (APTER et al., 2011), porém, especial para a gestante e sua família. Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000), a transição para gravidez envolve a redefinição dos propósitos de vida da mulher, considerando que estar grávida não é um evento isolado e que sua confirmação acarreta um rearranjo com a influência de vários fatores, sociais, econômicos, culturais e emocionais.

Ao se preparar para a maternidade, a mulher busca se estruturar e se compreender como grávida tal até o nascimento do filho (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007) e embora a gestação seja um evento biologicamente natural, cada

mulher a vivência à sua maneira (VIDO, 2006), uma vez que em cada gravidez há um contexto único repleto de expectativas e mudanças de vida (CECCHINI, 2009).

Cada trimestre da gravidez caracteriza-se por mudanças específicas acompanhadas pela evolução fisiológica da gestação. Nesse âmbito, a descoberta da gravidez, por exemplo, pode acarretar alguns dos conflitos como a vontade de ser mãe contraposta ao medo desta experiência (TEDESCO, 2002).

Ainda para o mesmo autor, o segundo trimestre é marcado por mudanças mais concretas por serem sentidas e percebidas no próprio corpo da gestante. A percepção dos movimentos fetais faz com que ela compreenda o filho, enquanto o crescimento uterino requer a adaptação à sua nova imagem corporal.

No último trimestre da gravidez, todos esses conteúdos podem estar presentes em menor ou maior intensidade, porém, a proximidade do parto define essa fase. Apesar da evolução das tecnologias, o medo do parto ainda está bastante presente entre as gestantes (TEDESCO, 2002).

Entretanto, não é apenas na vida da mulher que a gestação ocasiona grandes alterações, elas acontecem também em seu entorno, envolvendo o relacionamento conjugal e familiar (SIMÕES, 2006; ARRAIS, 2005).

Na crença popular, a gravidez é considerada uma fase de alegria e felicidade para todas as mulheres. Assim, acreditava-se que a gestação teria um efeito protetor sobre a saúde mental da mulher (CAMACHO et al., 2006). No entanto, nos últimos anos tem havido uma percepção crescente de que essa fase pode estar aliada a transtornos mentais (APTER et al., 2011), uma vez que as alterações na vida da mulher podem estar associadas a diversos prejuízos à saúde (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005). Em se tratando de saúde mental, a gravidez pode estar relacionada desde sintomas psíquicos e transtornos mentais leves até aqueles mais graves como os quadros psicóticos (BROCKINGTON, 2004).

Durante a gravidez, os transtornos mentais apresentam-se como condições psicopatológicas que comprometem o desenvolvimento da gestação tanto para a mãe como para o feto, no curto e longo prazo (ALMEIDA et al., 2012), revestindo-se de grande importância pela associação com indicadores de morbidade e mortalidade materna assim como pelas consequências e suas possíveis complicações (MURATA, 2012).

Dentre os transtornos mentais, cita-se a ansiedade e a depressão, temas que serão descritos a seguir.

### **6.3 Ansiedade**

O termo ansiedade tem origem grega, *Anshein*, que significa oprimir, sufocar (BARROS et al., 2003).

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte das experiências humanas (SADOCK; SADOCK, 2007). Situações adversas ou desagradáveis causam um desequilíbrio interno no organismo e provocam uma reação biológica e comportamental ao fator estressante (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009). Dessa forma, considera-se a ansiedade responsável pelas adaptações do organismo às situações de perigo (SADOCK; SADOCK, 2007).

Ela é considerada também um sentimento desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto frente a algo desconhecido ou estranho (SWEDO; LEONARD; ALLEN, 1994; ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995).

A ansiedade acompanha a maior parte das pessoas durante a vida, sendo que cada indivíduo a vivencia de um modo particular (SADOCK; SADOCK, 2007).

A literatura refere a definição de estado, traço e transtorno de ansiedade. O estado de ansiedade é relatado como uma condição emocional temporária e transitória com intensidade variável, sendo percebida pela consciência. Já o traço de ansiedade está relacionado às características individuais referente a personalidade e determinada como estável durante o tempo (FAISAL-CURY; MENEZES, 2007).

Quanto ao transtorno, refere-se à ansiedade em um nível patológico, durável e desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento, ou ainda, quando é uma resposta inadequada à determinada ameaça, em virtude de sua intensidade ou duração (GORESTEIN; ANDRADE, 2000).

A característica essencial no transtorno de ansiedade patológica é a ansiedade generalizada e persistente (OMS, 2009).

O transtorno de ansiedade generalizada apresenta como sintomas a inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco na mente", irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono. Para que seja feito o seu diagnóstico, segundo o DSM-IV, é preciso que o indivíduo apresente ansiedade e preocupação excessivas, na maioria dos dias pelo período mínimo de seis meses, além de pelo menos três sintomas adicionais entre os já descritos. Ressalta-se ainda que a ansiedade e a preocupação devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e não devem estar associadas a outros diagnósticos. Os sintomas não devem ser causados pelo abuso de substâncias, condição clínica, nem ocorrer exclusivamente durante um Transtorno do Humor, psicótico ou transtorno global do desenvolvimento (APA, 2003).

A ansiedade está entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população e seus sintomas estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua vida (SADOCK; SADOCK, 2007), com aumento esperado diante de algum sofrimento físico e/ou mental, que exija mudança na vida cotidiana (CAUMO et al., 2000; BARROS et al., 2003). Apesar dos transtornos de ansiedade estarem entre os mais prevalentes, menos de 30% dos indivíduos procura tratamento (LEPINE, 2002).

As mulheres têm mais probabilidade de desenvolver o transtorno de ansiedade comparado com os homens (VIEIRA et al., 2009).

Segundo Catão (2011), o Brasil carece de dados epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica da população, o que dificulta o planejamento, organização e avaliação da assistência da saúde mental no país. Estudo realizado por Almeida Filho et al. (1997) sobre a morbidade psiquiátrica em três áreas urbanas brasileiras - Brasília, Porto Alegre e São Paulo – demonstrou que a prevalência da ansiedade apresentou índices de 12,1% em Brasília, 5,4% em Porto Alegre e 6,9% em São Paulo. Para Munaretti e Terra (2007), a ansiedade, juntamente com as

fobias, caracteriza-se como os principais problemas de saúde mental da população brasileira.

A ansiedade também é compreendida como um elemento emocional que acompanha toda a gestação até o parto, sendo caracterizada por insatisfação, intranquilidade, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida (TEDESCO; ZUGAYB; QUAYLE, 1997), acrescido de sentimentos de incompetência, transtornos do sono, tensão muscular que causa dor, tremor e inquietação (SANTOS; MARTINS; PASQUALLI, 2000).

As alterações emocionais, sociais e físicas impostas pela gestação desencadeiam vários níveis de ansiedade, estresse individual e familiar (SOUZA, 2009).

Segundo Ali et al. (2012), a ansiedade é bastante comum em mulheres grávidas. Estudos sugerem que a probabilidade de sofrer ansiedade na gravidez aumenta em caso de comorbidade psiquiátrica, eventos estressantes e desvantagem social (BUIST; GOTMAN; YONKERS, 2011), histórico de aborto espontâneo recorrente, morte fetal, parto prematuro ou morte neonatal precoce (COUTO, et al., 2009).

Investigação realizada no município do Rio de Janeiro com uma coorte de gestantes constatou índices de ansiedade da ordem de 64,9% (ARAÚJO et al., 2008). Na Suécia, Claesson, Josefsson e Sydsjö (2010) realizaram estudo com gestantes obesas, o qual revelou uma prevalência de sintomas de ansiedade variando entre 22% e 23%. Kim et al. (2006) relatou uma prevalência de 10% de ansiedade durante a gravidez entre gestantes de baixa renda no Minnesota.

Segundo Baptista, Baptista e Torres (2006), a ansiedade, muitas vezes, afeta as primigestas, uma vez que o equilíbrio emocional é ameaçado devido à falta de compreensão delas. No primeiro trimestre a gestante descobre a gravidez e começa a apresentar os sintomas característicos da gestação como náusea, vômito, retenção de líquido, aumento da barriga e mamas, maior labilidade emocional (BAPTISTA; FURQUIM, 2003). Posteriormente, no segundo trimestre ela senti os movimentos fetais, caracterizando este período como o mais estável da gestação (TEDESCO, 2002). No último trimestre, a ansiedade tende a aumentar, pois há um aumento das contrações uterinas, dores de baixo-ventre, dificuldades digestivas,

pressão dos órgãos internos abdominais e cansaço mais frequente (BAPTISTA; FURQUIM, 2003). Buist, Gotman e Yonkers (2011) complementam que as taxas de ansiedade são mais elevadas no terceiro trimestre da gestação (29,2%) em relação ao período pós-parto (16,5%).

Carvalheira, Tonete e Parada (2010) acrescentam que quando se trata de uma gravidez de alto risco, as emoções afloram-se e sentimentos de culpa podem complicar a evolução da gestação. Além disso, a gestante cria expectativa quanto ao futuro, ficando ansiosa com medo do inesperado e da possibilidade de perda do filho.

Resgatando a crença presente em muitas sociedades de que o estado psicológico da mãe pode afetar o filho que vai nascer (CATAÑO, 2011), a ansiedade é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da gravidez (GIARDINELLI et al., 2012). Estudos demonstraram que ela pode comprometer o feto (CONDE; FIGUEIREDO, 2005; ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007), estando associada a resultados neonatais negativos como a prematuridade, baixo peso ao nascer (RONDÓ et al., 2003) e escores inferiores de Apgar (BERLE et al., 2005).

Além disso, segundo Correia e Linhares (2007), os altos níveis de ansiedade materna, na fase pré-natal estão relacionados a complicações obstétricas como sangramento vaginal, ameaça de abortamento e déficit no desenvolvimento fetal.

Por ser considerada mediadora de mudanças endócrinas como também de determinados comportamentos de risco como o hábito de fumar, atraso e/ou inadequado acesso ao pré-natal, alimentação e ganho de peso gestacional inadequado, ela pode afetar negativamente a gestação (MONCUSO et al., 2004; RONDÓ et al., 2003).

Além disso, estudos destacaram que o estresse materno no pré-natal e a ansiedade podem ter efeitos duradouros sobre o desenvolvimento físico e psicológico dos filhos (RICE; JONES; THAPAR, 2007; TALGE; NEAL; GLOVER, 2007). Outras pesquisas referem que a prole de mães com altos níveis de ansiedade durante a gravidez tardia é mais propensa a ter problemas emocionais e comportamentos inapropriados quando crianças (HUIZINK; MULDER; BUITELAAR, 2004; VAN DEN BERGH; MARCOEN, 2004).

Assim como a depressão no pré-natal, a ansiedade neste período é um dos principais fatores de risco para a depressão pós-parto (GIARDINELLI, et al., 2012; GRANT et al., 2008; AUSTIN et al., 2007) e para a ansiedade pós-parto (HERSON et al., 2004; ROBERTSON et al., 2004; RUBERTSSON et al., 2005), uma vez que a maioria dos casos de ansiedade e depressão neste período era precedida de história de ansiedade no pré-natal, por vezes, subdiagnosticada (DAYAN et al., 2002). Pesquisas apontam que aproximadamente 30% das mulheres experimentam algum tipo de distúrbio de ansiedade durante suas vidas e que, no período pós-parto, episódios de ansiedade tornam-se muito frequentes (HERSON et al., 2004; ANDERSSON et al., 2004).

O subdiagnóstico da ansiedade na gravidez ocorre, não raramente, por vergonha das mulheres em apresentar suas queixas e por este sintoma ser muitas vezes confundido com problemas orgânicos (GOUVEIA et al., 2003).

Apesar do impacto negativo na gestação, um estudo de revisão sobre a ansiedade materna no período pré e pós-parto indica que os pesquisadores desta temática tem se dedicado mais às intervenções referentes ao estado emocional materno no período pós-parto (CORREA; LINHARES, 2007).

Além disso, nos últimos 20 anos, houve grande desenvolvimento de pesquisas sobre depressão, avaliando sua etiologia, evolução e prevalência. No entanto, a ansiedade é um fenômeno comum e apesar dos distúrbios ansiosos serem mais frequentes que os quadros depressivos, a ansiedade não tem sido tão estudada quanto a depressão (CURY; MENEZES, 2006).

## **6.4 Depressão**

A depressão caracteriza-se como um transtorno mental antigo e prevalente. Os registros de depressão remontam às passagens bíblicas, nas quais pode-se encontrar no Velho Testamento um registro de uma síndrome depressiva do Rei Saul, com oscilação do humor entre a excitação e a depressão (TAYLOR, 1992). No

século XVIII, o médico judeu, Moses Maimonides, classificava a melancolia como uma entidade patológica distinta (SADOCK; SADOCK, 2007).

O termo depressão tem origem no latim e significa, literalmente, pressão baixa. Foi introduzido no século XVIII no debate sobre a melancolia em contextos médicos e passou a ser mais utilizado pelos psicopatologistas no século XIX (RODRIGUES, 2000). Atualmente, a palavra depressão pode referir-se a um sintoma, um estado afetivo normal que é a tristeza, uma doença ou uma síndrome, estando associada como uma resposta a situações depressivas vividas, como também a reações normais diante de determinados fatos desagradáveis, aborrecedores, frustrações, sofrimentos e sentimentos de perda (FELIX; GOMES; FRANCA, 2008; MENEZES; NASCIMENTO, 2000; WHO, 2009). Como síndrome ou doença inclui alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005).

A depressão é um transtorno comum que apresenta como sintomas clínicos, segundo o DSM-IV, o humor deprimido na maior parte do dia, a tristeza, perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e/ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (APA, 2003).

Para que seja feito o diagnóstico de depressão, segundo o DSM-IV, é necessário que a pessoa apresente humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades por duas semanas, além de pelo menos cinco sintomas adicionais entre os já mencionados. Tais sintomas devem ter surgido recentemente ou ter piorado claramente em comparação ao estado prévio da pessoa. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias e causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento da vida do indivíduo. Além disso, os sintomas não devem ser causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica (APA, 2003).

A depressão pode apresentar níveis leves, moderados e graves, com ou sem aspectos psicóticos (STUART; LARAIA, 2001).



Segundo Townsend (2002), na depressão leve, os sintomas são identificados por meio de associações com pesar normal, como por exemplo, raiva, desespero, negação de sentimentos, agitação, insônia, cefaléia, ansiedade, culpa, impotência, inquietação e dores nas costas. A depressão moderada caracteriza-se por sintomas associados a sentimento de tristeza, desânimo, movimentos físicos mais lentos, desesperança, desespero, postura largada, fala mais lenta e processos de pensamento retardados. A depressão leve e moderada podem ser subdiagnosticadas e sem tratamento podem tornar-se graves. Na depressão grave os sintomas descritos para depressão moderada se intensificam, podendo associar-se a quadros psicóticos. Cabe salientar que a relação entre depressão e suicídio é alta, chegando a perda de 850.000 vidas por ano (WHO, 2007).

A depressão pode se apresentar como um único episódio ou ser recorrente, tornar-se crônica, impossibilitando o indivíduo de cuidar de si e de suas atividades diárias (CATAÑO, 2011; WANNMACHER, 2004). Nesse sentido, está diretamente associada à incapacidade funcional comprometendo a saúde física (FLECK, 2009), em razão da duração, recorrência e multiplicidade de indicadores de disfunção e sofrimento (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008).

A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo e foi a quarta principal contribuinte para a carga global de doenças em 2000. As estimativas revelam dados preocupantes para as próximas duas décadas com um aumento vertiginoso para o número de novos deprimidos. Aproximadamente 20% da população terá um episódio de doença depressiva pelo menos uma vez na vida, com isso, espera-se que em 2020 a doença alcance o segundo lugar no ranking entre as afecções que mais perpassará os anos de vida útil da população mundial em todas as idades e em ambos os sexos, podendo mesmo até ultrapassar o número de afetados por doenças cardiovasculares. Atualmente ela já está em segundo lugar na categoria de idade entre 15 e 44 anos em ambos os sexos (WHO, 2007; TOWNSEND 2002).

Em face desta incapacitação, aliada à sua alta prevalência e custos sociais elevados, nos dias atuais a depressão é tida como um problema para a saúde pública (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; HORIMOTO; AYACHE; SOUZA, 2005).

A depressão atinge pessoas de todos os gêneros, idades e experiências. Sua prevalência na população em geral apresenta uma ampla variação com índices da doença entre 3,7% e 6,7% ao longo da vida, e de sintomas depressivos entre 13% e 20% (HETEM; GRAFF, 2004), caracterizando-a como um transtorno comum que afeta 154 milhões de pessoas ao redor do mundo (PEREIRA et al., 2010).

A morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em torno de 70% com tratamento correto (FLECK et al., 2009). Este, segundo a OMS, pode ser seguramente realizado, assim como o diagnóstico, na atenção primária à saúde, no entanto, menos de 25% dos portadores tem acesso a tratamentos efetivos. Neste âmbito, a Organização lançou um projeto relacionado a depressão na saúde pública com o objetivo de reduzir seu impacto, eliminando as lacunas existentes entre o custo efetivo dos tratamentos e o grande número de pessoas que não recebem este tratamento ao redor do mundo (WHO, 2005a).

As mulheres são duas vezes mais susceptíveis a desenvolver depressão do que homens (PEREIRA et al., 2010). Uma a cada cinco mulheres irá apresentar, pelo menos, um episódio de depressivo ao longo da vida (ORR et al., 2007), sendo estimado que 73 milhões de mulheres adultas ao redor do mundo apresentem um episódio de depressão a cada ano (WHO, 2009).

No Brasil, a depressão afeta de 2% a 5% da população e assim como na população mundial, constata-se predomínio do sexo feminino (RUSCHI et al., 2007).

Os problemas de saúde mental, particularmente a depressão, são a maior causa de incapacidade em mulheres de todas as idades, sendo que o risco de apresentar depressão é maior durante o período reprodutivo. Muitos são os fatores sociais, comportamentais e biológicos encontrados que contribuem para a ocorrência do transtorno. Entre as mulheres, o status na sociedade, a carga de trabalho e eventos de vida marcantes como a gestação, parto e período pós-parto são considerados fatores favoráveis (CORDÁS; SALZANO, 2006; RUSCHI et al., 2007; ORR et al., 2007).

A depressão pode ocorrer durante a gravidez (depressão pré-natal), após o nascimento (depressão pós-parto) ou mesmo acometer a mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal (LEIGH; MILGROM, 2008).

A gravidez é mencionada por Pereira e Lovisi (2008) como um disparador para a depressão. Uma vez que se trata de um período de mudanças emocionais, físicas e sociais, não é de se surpreender que as mulheres estejam em risco aumentado quanto a problemas mentais relacionados a transtornos depressivos (WHO, 2009).

Os potenciais fatores de risco encontrados para a ocorrência dos sintomas depressivos na gestação são histórico de transtornos psiquiátricos, ausência de suporte social, eventos estressores, violência doméstica, não planejamento da gestação, relacionamentos insatisfatórios com a família, parceiro e pessoas próximas (GIARDINELLI, 2012), características sociodemográficas como renda familiar, escolaridade e idade, além de uso de tabaco, álcool ou outras drogas ilícitas (LANCASTER et al., 2010).

A prevalência da depressão na gravidez varia de acordo com a forma de triagem e diagnóstico das mulheres, o momento da avaliação e as características da amostra estudada. Trabalho realizado por Da Silva et al. (2010) em Pelotas, RS, Brasil, identificou uma prevalência de depressão na gestação de 21,2%. Josefsson et al. (2001) estudaram 1.558 mulheres na Suécia e detectaram 17% das gestantes com sintomas significativos para depressão na gestação tardia. Falcone et al. (2005) identificaram alta prevalência de transtornos afetivos em gestantes adultas (46,5%) na cidade de São Paulo, no primeiro diagnóstico.

Investigações que empregaram escalas e inventários para o rastreamento de sintomas depressivos encontraram prevalências em torno de 25% a 30% (VILLANUEVA; PÉREZ-FAJARDO; IGLESIAS, 2000; FREITAS et al., 2008), enquanto outros estudos que utilizaram entrevistas padronizadas, seguindo os critérios diagnósticos da CID-10 (OMS, 2009) ou DSM-IV (APA, 2003), apontaram frequências menores, abaixo de 15% (MITSUHIRO et al., 2006; FERRI et al., 2007). No Reino Unido, através do uso da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), observou-se que 9,8% das mulheres apresentavam-se deprimidas durante a gestação (JOHANSON, 2000).

Estudos apontam prevalência de depressão na gestação de 7,4% no primeiro trimestre a 17% no último (CAMACHO et al., 2006), com índices de até 20% (RYAN; MILIS; MISRI, 2005). Bennett et al. (2004) estimaram uma prevalência de depressão

na gravidez da ordem de 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo e 12% no terceiro. Segundo Evans et al. (2001) os índices de sintomas depressivos no terceiro trimestre da gestação são mais elevados se comparados a 6 meses após o parto.

Retomando a expectativa popular/cultural, espera-se que a gestante demonstre comportamentos de felicidade, afeto e cuidados com a gestação, o que faz com que quando essas gestantes apresentam comportamentos diferentes, como os sintomas depressivos, sintam-se culpadas por não poderem corresponder a estas expectativas, com isso o quadro depressivo pode ficar mais comprometido (BANDEIRA et al., 2007).

A depressão pré-natal ainda é pouco estudada, sendo que os trabalhos sobre depressão materna centram-se na depressão pós-parto. No entanto, a depressão é o transtorno psiquiátrico mais prevalente durante a gravidez, sendo de grande relevância para a saúde pública por três motivos (PEREIRA et al. 2009; PEREIRA et al., 2010).

Primeiramente, destaca-se a grande carga emocional da depressão durante a gravidez e sua influencia negativa na gestação, já que os sintomas interferem no desempenho das gestantes quanto a capacidade de autocuidado, incluindo a nutrição inadequada, abuso de álcool e outras drogas, e baixa adesão a assistência pré-natal o que pode comprometer a sua saúde física e mental bem como o crescimento e desenvolvimento fetal (PEREIRA et al. 2009; PEREIRA et al., 2010; MARCUS, 2009).

Além disso, a depressão e a ansiedade pré-natal são consideradas fatores de risco para a depressão pós-parto, considerando que esta é, muitas vezes, uma continuação da sintomatologia iniciada na gravidez, apontando a necessidade de rastreamento e intervenções nesse período (PATEL; PRINCE, 2006; PEREIRA et al., 2009; PEREIRA et al., 2010).

A depressão pós-parto é problema que afeta cerca de 10 a 15% de mulheres em muitos países. A evidência demonstra que mulheres que sofriam de depressão pós-parto já apresentavam sintomas durante a gravidez (ROBERTSON et al., 2004; MITSUHIRO, et al., 2006) e que esta pode ter sido negligenciada durante o pré-natal (FERRI, et al. 2007; JABLENSKY et al., 2005).

Por fim, a depressão pré-natal não tratada está relacionada a muitos resultados adversos com graves consequências, não só para as mulheres, mas também para a criança e a família (GIARDINELLI et al., 2012) incluindo baixo peso ao nascer, diminuição do escore do Apgar, prematuridade, diminuição da circunferência cefálica; desenvolvimento deficiente no primeiro ano de vida e ideação suicida com tentativas de autoextermínio (MARCUS, 2009; FREITAS, et al., 2002; PEREIRA, 2009; PEREIRA, 2010; MITSUHIRO, et al., 2006; FERRI, et al., 2007; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

### **6.5 Comorbidade ansiedade/depressão**

O termo comorbidade origina-se do latim, sendo formado pela união do prefixo *cum* que se refere à contiguidade, correlação, companhia, com a palavra morbidade, originada de *morbus*, que significa estado patológico ou doença (PETRIBÚ, 2001).

Desta forma, o conceito de comorbidade psiquiátrica pode ser compreendido como a coocorrência de dois ou mais transtornos psiquiátricos (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Ressaltando, que para que haja comorbidade, é importante a relação e a continuidade temporal entre os dois transtornos, que podem surgir simultaneamente ou um preceder o outro (PETRIBÚ, 2001).

A comorbidade psiquiátrica é um fenômeno comum, evidenciada tanto em estudos populacionais como em amostras clínicas. Aproximadamente 30% dos indivíduos com algum transtorno psiquiátrico apresentam dois ou mais transtornos associados (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Entre essas associações é frequente a coexistência da ansiedade e da depressão (KENDLER et al., 2007, LI et al., 2012; ZBOZINEK et al., 2012). Embora estes sejam considerados constructos independentes e tratados separadamente pelos manuais atuais de classificação de doenças mentais, a associação entre eles é reconhecida tanto sob a ótica da saúde mental como do ponto de vista estatístico (GELDER et al., 1996).

A estreita relação entre a ansiedade e a depressão é reconhecida desde os tempos antigos e descrita na literatura desde o século XIX (PETRIBÚ, 2001). Hipócrates relatou, em *Endemias III*, que pacientes que apresentam medo há muito tempo estão sujeitos à melancolia (ANGST, 1997). Kraepelin descreveu, em 1921, a ansiedade como um sintoma que pode estar presente em quadros de mania ou depressão, denominando os quadros depressivos em que os sintomas ansiosos eram proeminentes como "mania depressiva ou ansiosa", a qual apresentava como característica um "humor ansiosamente desesperado". Relatou também a "depressão excitada", referindo-se aos aspectos ansiosos na depressão, que chamou de humor ansioso e irritável, com grande inquietação (KRAEPELIN, 1921 *apud* ISSLER et al., 2004).

Várias explicações têm sido propostas para justificar a presença da comorbidade entre a ansiedade e a depressão, entre elas fatores genéticos (SPINHOVEN et al. 2009; RHEBERGEN et al., 2011), ambientais e sociais (CERDÁ et al., 2010), no entanto, ainda de forma limitada (LI et al., 2012). Segundo, Zbozinek et al. (2012), uma possível explicação seria o compartilhamento de sintomas que preenchem os critérios de diagnósticos do DSM-IV tanto para a ansiedade como para a depressão, sendo a comorbidade fortemente influenciada pela sobreposição dos diagnósticos.

A prevalência da comorbidade entre a ansiedade e a depressão é bastante variável, conforme as características das amostras, métodos e critérios diagnósticos utilizados. Dessa forma, estudo realizado na China com 1970 mulheres constatou que 60,2% delas apresentavam ansiedade e depressão comórbidas (LI et al., 2012). Já em investigação holandesa sobre a ansiedade e a depressão foi encontrado percentual de 75% (LAMERS et al., 2011).

No que se refere ao gênero, a comorbidade difere entre homens e mulheres, com as mulheres apresentando maiores taxas de ansiedade e depressão associadas do que os homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Em relação às consequências para o indivíduo, uma variedade de características clínicas caracterizam os pacientes que apresentam a ansiedade e depressão simultaneamente, entre elas maior gravidade e cronicidade dos

transtornos e pior resposta ao tratamento (CYRANOWSKI et al., 2012; NORTON; TEMPLE; PETTIT, 2008).

Quanto ao período pré-natal, a prevalência da comorbidade também é significativa. Investigação realizada no Paquistão com mulheres grávidas, em uma comunidade urbana, revelou que 18% das gestantes estavam ansiosas e/ou deprimidas (KARMALIANI et al., 2009).

Na gravidez, Evans, Myers, Monk (2008) ressaltam que a ocorrência de ansiedade e depressão comórbidas está associada a experiências negativas na gravidez, uma vez que a coexistência dos transtornos pode ser um fator de risco para o feto com potencial para influenciar o seu desenvolvimento.

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo-analítico, de corte transversal e abordagem quantitativa.

A epidemiologia é o eixo da Saúde Pública que estuda o processo saúde doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Com essa finalidade, existe uma variedade de delineamentos específicos para diferentes estudos epidemiológicos, que varia conforme os objetivos estabelecidos. Entre os delineamentos de aplicação do método epidemiológico, temos a epidemiologia descritiva (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

O estudo descritivo é a distribuição da frequência das doenças ou condições relacionadas à saúde, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao lugar e características dos indivíduos, o que possibilita o detalhamento do perfil epidemiológico. Esta modalidade de estudo propicia ao pesquisador realizar um delineamento da realidade, uma vez que permite observar, descrever, registrar, analisar e interpretar a natureza atual ou o processo dos fenômenos sem manipulá-los (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Já no estudo analítico, os dados quantitativos reunidos na fase empírica não são relatados na forma bruta. Eles são submetidos à análise e à interpretação que ocorrem na etapa seguinte do processo de pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Na modalidade de estudo denominada transversal pode-se investigar “causa” e “efeito” de maneira simultânea num mesmo momento histórico e verificar a associação existente entre a exposição e a doença. Destaca-se que este



delineamento é um dos tipos de estudos mais empregados na pesquisa epidemiológica (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

No estudo quantitativo, o delineamento de pesquisa apresenta os métodos que o pesquisador planeja adotar para desenvolver informações precisas, interpretáveis, replicáveis e sem desvios possíveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), garantindo a precisão dos resultados e evitando possíveis distorções de análise e de interpretações (OLIVEIRA, 2005). Nesta modalidade, quantificam-se opiniões e dados nas formas de coleta de informações, empregando, para isto, recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples até as de uso mais complexo (OLIVEIRA, 2005).

## **7.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em cinco Unidades de Atenção Primária à Saúde que prestam atendimento pré-natal no âmbito do SUS, geridas pela secretaria municipal de Saúde de Alfenas-MG.

O município de Alfenas-MG localiza-se na região Sul de Minas Gerais e da bacia da represa de Furnas a qual faz parte da bacia do Paraná (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2013).

Esse município, que foi fundado em 15 de outubro de 1869, possui área territorial de 850 Km<sup>2</sup>, altitude de 882 metros e segundo o censo de 2010, população de 73.774 habitantes (IBGE, 2013).

Economicamente, é uma região atualmente sustentada pela atividade industrial e comercial, com significativa participação agropastoril e grande centro produtor de café e de outras monoculturas como a cana de açúcar e o milho. A pecuária é bastante desenvolvida, sendo apoiada por iniciativas da agroindústria, principalmente do setor de gêneros alimentícios e laticínios. Além disso, é considerado núcleo urbano da região com força de trabalho distribuída nos setores agropecuário, industrial, comercial, de transporte e outros (RODRIGUES, 2011).

O município possui duas Universidades: a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e a Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Ambas oferecem cursos na área de saúde, incluindo graduação em Enfermagem.

As ações de saúde do município executadas pelo SUS são organizadas para proporcionar atendimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

No que se refere ao sistema de saúde pública, atualmente Alfenas está estruturado na Atenção Básica, com 23 Unidades de Atenção Primária à Saúde. Destas, 17 unidades são geridas pela Secretaria Municipal de Saúde e seis unidades são geridas pela UNIFENAS. Além disso, possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A estrutura hospitalar do município é constituída por dois hospitais gerais de médio porte, um hospital geral privado de pequeno porte e um hospital psiquiátrico.

Com relação à assistência Pré-natal, ressalta-se que esta iniciou-se no Pronto Socorro Municipal, onde atualmente é o Ambulatório Municipal Dr. Plínio do Prado Coutinho e desde sua inauguração em 29 de março de 1979, contava com três médicos ginecologistas (GRADIM et al., 1991).

Em 2011, a proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal no município foi de apenas 1,3% (PORTAL ODM, 2013). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o percentual de gestantes com sete ou mais consultas atingiu 74,2% no mesmo ano (ANEXO A).

Atualmente, na cidade de Alfenas-MG, todas as Unidades de Saúde da Família (USFs) e ambulatórios municipais são porta de entrada para as gestantes. No entanto, nem todas as Unidades possuem médicos obstetras, sendo as mulheres atendidas por médicos clínicos gerais que, se necessário, as encaminham para os serviços que possuem atendimento pré-natal agendado, realizado por médico obstetra, em dias definidos da semana.

### 7.2.1 Seleção dos serviços de saúde

Das 23 Unidades de Atenção Primária existentes no município de Alfenas-MG, os critérios para a seleção dos locais do estudo foram Unidades de Atenção Primária à Saúde geridas pela Secretaria Municipal de Saúde que conferem atendimento pré-natal, no âmbito do SUS, agendado em dias definidos da semana.

Dessa forma, foram selecionadas cinco Unidades que contemplaram as características acima definidas, sendo dois ambulatórios e três USFs.

O ambulatório 1 conta com cinco profissionais de enfermagem, sendo duas enfermeiras e três técnicas; sete profissionais médicos (quatro clínicos gerais, um pediatra e dois ginecologistas) e três consultórios médicos. Com relação ao atendimento pré-natal, as consultas médicas ocorrem todas as quintas-feiras, das 11 às 15 horas e nas sextas-feiras das 10 às 12 horas. As consultas de pré-natal são agendadas e as gestantes atendidas por ordem de chegada.

O ambulatório 2 conta com um médico ginecologista/obstetra. No que se refere ao atendimento pré-natal, as consultas ocorrem de segunda a sexta-feira, das 13:30 às 18 horas. As gestantes agendam a consulta e são atendidas por ordem de chegada.

Em todas as três USFs a equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem que atuam na assistência pré-natal e um médico ginecologista/obstetra que atende as gestantes e puérperas. Quanto ao atendimento pré-natal, as consultas ocorrem em um dia da semana, sendo às segundas-feiras na USF 1, terças-feiras na USF 2 e quartas-feiras na USF 3, no horário das sete às onze horas. As consultas são agendadas previamente e o atendimento ocorre por ordem de chegada, entretanto, mesmo sem atendimento prévio, todas são acolhidas.

### 7.3 População e amostra

A população do estudo constituiu-se por gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS, geridas pela secretaria municipal de Saúde de Alfenas-MG.

Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, em torno de 450 gestantes realizam pré-natal na rede municipal de saúde, no ano de 2011 (ANEXO A). A partir desses dados, calculou-se uma amostra de 209 gestantes, o que corresponde a uma prevalência de 50% com margem de erro de 5% e 95% de confiança.

Nas Unidades de Saúde utilizadas para o estudo, as gestantes foram selecionadas para participarem segundo critérios de elegibilidade. Desta forma, estabeleceu-se como critérios de inclusão: aceitação voluntária na participação da pesquisa e idade igual ou superior a 18 anos, possibilitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Ainda foram firmados os seguintes critérios de exclusão: diagnóstico atual de transtornos de ansiedade, depressão e/ou outro transtorno mental; uso atual de medicamento antidepressivo, ansiolítico e/ou outro psicotrópico; ter participado da amostra anteriormente durante a gestação.

Diante desses critérios, realizou-se a seleção de uma amostra aleatória estratificada por meio de um sorteio nas Unidades de saúde. Segundo Medronho (2003), amostra aleatória estratificada é caracterizada por sorteios aleatórios condicionados aos estratos, sendo as unidades de saúde os estratos deste estudo.

Os sorteios foram realizados utilizando-se os números dos prontuários das gestantes que seriam atendidas na Unidade de Saúde no dia de coleta de dados. Para tanto, primeiramente, excluiu-se as gestantes que não atendiam aos critérios de elegibilidade definidos para este estudo. Posteriormente, dos prontuários restantes, sorteou-se a metade deles.

#### **7.4 Período de coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de 16 de janeiro a 7 de maio de 2013.

#### **7.5 Procedimentos para a coleta de dados**

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG (APÊNDICE A), da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (ANEXO B) e realização do teste piloto, iniciou-se a coleta de dados.

Para tanto, foram realizadas visitas semanais às Unidades de Atenção Primária à Saúde municipais selecionadas para o estudo nos dias em que eram realizados os atendimentos de assistência pré-natal.

Nas referidas Unidades de Saúde, a pesquisadora dirigiu-se as gestantes enquanto as mesmas aguardavam atendimento, solicitando-lhes a colaboração para realização da pesquisa após explicação sobre o conteúdo e objetivos desta. Posteriormente, mediante sua anuência na participação, a gestante foi conduzida para uma sala reservada e com segurança resguardada nas Unidades de Saúde, onde lhe foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e fornecido orientações sobre os instrumentos no que se refere ao seu preenchimento, o qual ocorreu por meio da entrevista para o Instrumento de Caracterização da Amostra (APÊNDICE C) e pela técnica de autopreenchimento, ou seja, foi preenchido pela própria gestante, para a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO C).

## 7.6 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos, descritos a seguir.

7.6.1 Instrumento de caracterização da amostra: dados socioeconômico-demográficos, história gestacional atual e pregressa, hábitos de vida e doenças pré-existentes, eventos marcantes de vida e relações interpessoais

Instrumento de autoria da pesquisadora, elaborado especificamente para este estudo, com o objetivo de caracterizar a população por meio de um formulário semiestruturado, aplicado pela pesquisadora por meio da entrevista, com variáveis distribuídas em quatro eixos:

a) caracterização socioeconômico-demográfica: faixa etária, tipo de moradia, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, crença religiosa e ocupação;

b) anamnese obstétrica atual e pregressa: idade gestacional (trimestre), número de gestações, número de partos, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, número de filhos, dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, complicações em gestações anteriores, complicações na gestação atual, planejamento da gravidez, desejo materno em relação à gestação, desejo paterno em relação à gestação, apoio do parceiro à gravidez e apoio familiar à gravidez;

c) hábitos de vida e doenças pré-existentes: tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, frequência do consumo, uso de drogas, tipo de droga, presença de problemas de saúde, uso de medicamento diários, grupo farmacológico do medicamento, histórico de transtorno mental, realização e tipo de tratamento para o transtorno mental;

d) eventos marcantes de vida e relações interpessoais: ocorrência de evento marcante na vida nos últimos doze meses, tipo de conflito marcante na vida ocorrido nos últimos doze meses, ocorrência de conflitos conjugais, histórico de violência

doméstica, tipo de violência doméstica vivenciada no passado, ocorrência de violência doméstica atualmente, tipo de violência doméstica atual, presença de suporte social, provedor do suporte social, tipo de suporte social, relações interpessoais satisfatórias e grupo de relações interpessoais insatisfatórias.

O instrumento que continha inicialmente 36 questões foi submetido a um processo de refinamento com a finalidade de alcançar um melhor delineamento das características expressas neste formulário, segundo a temática em estudo.

Esse procedimento busca avaliar a clareza, a objetividade e a abrangência em relação àquilo que se propõe identificar (GALDEANDO, 2007), verificando se os itens do instrumento medem aquilo que se propõe a medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2002; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), permitindo alcançar os objetivos traçados e representando o universo do conteúdo (RICCIO et al., 1995).

Nesse refinamento, o instrumento em análise foi encaminhado juntamente com um formulário de avaliação (APÊNDICE D) contendo questões relacionadas à sua forma de apresentação, facilidade de leitura, clareza e conteúdo, além de sugestões para alterações nos itens a um grupo de cinco juízes: três pesquisadores na temática Saúde Materno-Infantil, um com experiência na temática ansiedade e depressão e em construção e validação de instrumentos de pesquisas e outro com experiência na temática Saúde materno-infantil e em construção e validação de instrumentos de pesquisas.

No processo de refinamento foram sugeridas questões como: correção da linguagem para tornar a questão mais clara; alterações na estrutura de algumas questões (inclusão e união de alguns itens de reposta); inserção e união de outras questões. As sugestões de todos os juízes foram consideradas relevantes, acatadas e as adequações realizadas no instrumento, compondo, então, a sua versão final com 32 questões (APENDICE C).

Após o processo de refinamento, o instrumento foi submetido a um teste-piloto antes do início da coleta de dados, com a finalidade de verificar a melhor forma de coletar e registrar os dados, identificar a compreensão dos sujeitos às questões, assim como verificar a necessidade de adequação do vocabulário.

É importante ressaltar que o teste piloto objetiva testar o instrumento de pesquisa em uma pequena parte da população do universo ou da amostra, antes de

ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso. Seu propósito é, então, averiguar até que ponto o instrumento possui real condição de garantir resultados isentos de erro (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O teste piloto foi realizado na mesma população de estudo com 20 gestantes selecionadas aleatoriamente, sendo estas descartadas da amostra final. Após o procedimento não foi evidenciada necessidade de realizar modificações no instrumento.

#### 7.6.2 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão/Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão/Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ANEXO C) é um instrumento de avaliação de auto-relato, criado por Zigmond e Snaith em 1983, com o objetivo de proporcionar aos clínicos uma ferramenta confiável, válida e de fácil uso para identificar e quantificar a depressão e a ansiedade (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Inicialmente desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, foi, depois, utilizada em outros tipos de pacientes; em pacientes não internados e em indivíduos sem doença (ZIGMOND; SNAITH, 1983; BRADY et al., 2005; ANDREWS; HEJDENBERG; WILDING, 2006).

Foi construída para detectar estados de ansiedade e depressão em pacientes que podem respondê-la sozinhos, diferindo de outros instrumentos utilizados para medir ansiedade e depressão por não possuir itens somáticos, como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça e tontura, sendo utilizada tanto para o diagnóstico, como para medir a gravidade de transtornos ansiosos e depressivos (BOTEGA et al., 1998; SNAITH, 2003; MARCOLINO et al., 2007; MUSZBEK et al., 2006).

Essa escala exclui sintomas mentais graves, detecta graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos e quadros de ansiedade e



depressão, porém não faz sua classificação baseada na intensidade dos sintomas com alta sensibilidade (93,7%) e especificidade (72,6%). Os principais sintomas avaliados por esse instrumento são tensão, medo, insegurança, preocupação, relaxamento, agitação e pânico (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

A HADS foi traduzida e amplamente utilizada em mais de 25 países desde seu desenvolvimento original, entre eles o Brasil, onde já foi também validada (HERRMANN, 1997).

Esse instrumento consiste de uma escala de autorrelato composta por 14 itens de múltipla escolha, divididos em duas subescalas: uma de ansiedade e outra de depressão, dos quais sete são afirmações descritivas voltadas para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D) (ANEXO C) (ZIGMOND; SNAITH, 1983). Ao respondente é perguntado como ele tem se sentido na última semana, dentro de uma escala Likert de 4 pontos, com intervalo de zero à três (HERRMANN, 1997). O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais referentes à ansiedade e a depressão separadamente, podendo variar de zero a 21 pontos para cada subescala (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Para interpretar a ansiedade e a depressão autoinformada, de acordo com a adaptação brasileira, são adotados como pontos de cortes os recomendados por Zigmond e Snaith (1983) e Snaith (2003) para ambas as subescalas: HADS-A (Subescala Hospitalar de Ansiedade): 0 a 8 - sem ansiedade; igual ou superior a 9 - com ansiedade; HADS-D (Subescala Hospitalar de Depressão): 0 a 8 - sem depressão; igual ou superior a 9 - com depressão.

## **7.7 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa na íntegra e um ofício foram encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, solicitando permissão para a realização do estudo nas Unidades de Atenção Primária à Saúde geridas pela secretaria.

Após autorização concedida (APÊNDICE A), o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), cumprindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) sendo aprovado sob parecer 113.129 (ANEXO B).

Os juízes participantes do processo de refinamento (validação de aparência) do questionário foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos e consultados quanto o aceite em participar do estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

As participantes do estudo foram informadas sobre o objetivo da pesquisa, a disposição destes dados para publicação, bem como os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos legislados pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), sendo entregue-lhes um documento com estas informações (APÊNDICE F) e solicitada a concordância voluntária por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, garantindo o anonimato e desistência em qualquer fase da mesma (APÊNDICE B).

## **7.8 Análise dos dados**

Os dados coletados foram organizados e armazenados em um banco de dados estruturado no Microsoft Excel<sup>®</sup>. Objetivando sua validação, realizou-se o procedimento conhecido como “dupla digitação”. Posteriormente, os mesmos foram importados pelo Software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 17.0 para análises estatísticas, descritiva e analítica. A utilização desse software para as análises dos dados é o modelo mais utilizado para os instrumentos do tipo Likert (BISQUERA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Para caracterizar a distribuição dos fatos em estudo, as variáveis, nominais e ordinais, foram organizadas e apresentadas sob a forma de frequências, com a porcentagem e números absolutos; e para as variáveis ordinais também foi

apresentada a estatística descritiva por meio da média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximo e quartis.

No uso de instrumentos para avaliação de um constructo, é relevante investigar sobre a confiabilidade do mesmo, sendo que os itens devem ser altamente correlacionados uns aos outros. Nesse âmbito, cita-se a realização de testes para a mensuração da consistência interna como o Coeficiente Alfa de Cronbach, caracterizado como o mais utilizado na estatística.

O valor do coeficiente alfa de Cronbach pode variar entre zero e um, sendo que, quanto maior for o valor, maior a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno (FAYERS; MACHIN, 2000; ZANEI, 2006). No entanto, não existe na literatura consenso acerca da interpretação da confiabilidade obtida por esse coeficiente. Valores alfa de Cronbach maiores ou iguais a 0,70 são considerados satisfatórios, contudo resultados maiores que 0,60 também podem ser considerados aceitáveis para os instrumentos (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

A confiabilidade dos instrumentos utilizados, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Total, Sub-escala Hospitalar de Ansiedade e Sub-escala Hospitalar de Depressão, foi testada por meio do Alfa de Cronbach, sendo adotado o valor de referência maior a 0,6 (FREITAS; RODRIGUES, 2005; PASQUALI et al., 2010) para discriminar uma consistência interna como aceitável.

Na sequência, exploraram-se as relações existentes entre as variáveis independentes com as variáveis dependentes, ansiedade e depressão. Para tanto, foram utilizados o Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado) de Pearson para a independência e o Teste Exato de Fisher para a homogeneidade.

O Teste  $\chi^2$  testa a hipótese de que duas variáveis categorizadas são independentes. Verifica, portanto, a significância da associação entre as variáveis. Já o Teste Exato de Fisher é utilizado para testar a hipótese de que duas variáveis estão associadas, porém, em tabelas de dupla entrada quadradas (rxr) e recomendado seu uso quando as frequências esperadas são menores que cinco (VIEIRA, 2003).

Para as variáveis ordinais, onde se utilizou a estatística não paramétrica (SIEGEL; CASTELLAN Jr., 2006), foi calculado o rank médio ou a média dos ranks.

O rank ou posto como também é descrito, é a posição que o dado ocupa em uma sequência de distribuição crescente com todos os dados do conjunto, de forma que quanto maior a média do rank, maior o posto, a posição, que ele ocupa na distribuição dos dados (VIEIRA, 2003).

Para todas as variáveis foram estimados, também, a *odds ratio* (razão de chances), com respectivo intervalo de confiança de 95% (TRIOLLA, 2008).

Vale ressaltar que para essas análises de associação entre as variáveis, algumas delas foram reagrupadas para facilitar as comparações: faixa etária (entre 20 e 30 anos x abaixo de 20 e acima de 30 anos); escolaridade (até ensino fundamental completo x além de ensino fundamental completo); estado civil (com parceiro x sem parceiro); crença religiosa (com religião x sem religião); renda familiar mensal (até 1500,00 reais x acima de 1500,00 reais); ocupação (do lar x exerce atividade trabalhista); tipo de moradia (casa própria x casa alugada/cedida); quantidade de cigarros consumidos por dia (até 10 cigarros x acima de 10 cigarros). O reagrupamento foi feito considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original.

Para verificar a aderência da distribuição dos dados à Normal, utilizou-se o Teste de Shapiro-Wilk. Após esse teste, devido ao caráter assimétrico das variáveis analisadas, optou-se pelo Teste de Mann-Whitney.

Todos os testes foram definidos com 5% de significância.

Após a análise univariada, foram selecionadas para os modelos de regressão logística aquelas variáveis que apresentaram associação significativa ( $P \leq 0,05$ ). Para o modelo de regressão logística também foi considerado o nível de significância de 5%.

## **8 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste estudo, a amostra foi composta por 209 gestantes selecionadas de acordo com a elegibilidade dos critérios de inclusão e exclusão.

### **8.1 Análise descritiva**

Para uma melhor dinâmica de apresentação da caracterização das entrevistadas, os dados são descritos segundo a caracterização socioeconômica e demográfica; anamnese obstétrica atual e pregressa; hábitos de vida e doenças pré-existentes; eventos marcantes de vida e relações interpessoais; que contemplam o objetivo específico 1 (caracterizar as gestantes do estudo); seguido dos dados acerca da ansiedade e depressão que contemplam os objetivos específicos 2 (mensurar a presença de ansiedade em gestantes), 3 (mensurar a presença de depressão em gestantes) e 4 (verificar a presença da comorbidade ansiedade/depressão).

#### **8.1.1 Caracterização socioeconômica e demográfica**

As características socioeconômicas e demográficas das gestantes estudadas são descritas na Tabela 1 e 2.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis faixa etária, escolaridade, estado civil, crença religiosa, renda familiar, ocupação e tipo de moradia. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variáveis	f	%
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
18 - 19	31	14,8
20 - 25	77	36,7
26 - 30	58	27,7
31 - 35	31	13,0
36 - 40	14	6,8
41 - 45	2	1,0
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	1	0,5
Fundamental incompleto	43	20,6
Fundamental completo	40	19,1
Médio incompleto	28	13,4
Médio completo	78	37,3
Superior incompleto	8	3,8
Superior completo	11	5,3
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	8	3,8
Casada/com companheiro	173	82,8
Namorando	24	11,5
Divorciada	4	1,9
<b>Crença Religiosa</b>		
Católica	119	56,9
Evangélica	55	26,3
Outras	3	1,5
Sem crença	32	15,3
<b>Renda Familiar Mensal (salários mínimos)<sup>1</sup></b>		
Até 1	38	18,2
Acima de 1 até 2	61	29,2
Acima de 2 até 3	34	16,3
Acima de 3	22	10,5
Não informado	54	25,8
<b>Ocupação</b>		
Do lar	101	48,3
Exerce atividade trabalhista	103	49,3
Estudante	5	2,4
<b>Tipo de moradia</b>		
Casa própria	137	65,6
Casa alugada	52	24,9
Casa cedida	20	9,6

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>salário mínimo vigente de 678,00 reais.

Tabela 2 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis idade e renda familiar (contínuas). Alfenas – MG, 2013.

Estatística Descritiva	Variáveis	
	Idade (anos)	Renda (reais) <sup>1</sup>
Média	29,51	1463,65
Desvio-padrão	5,74	1018,97
Mínimo	18	339,00
Máximo	43	10000,00
1º Quartil (P25)	21	700,00
2º Quartil (50 – Mediana)	25	1200,00
3º Quartil (P75)	30	2000,00

Fonte: Da autora.

Nota: <sup>1</sup>Apenas para participantes que informaram a renda.

Em análise da faixa etária das entrevistadas, constatou-se que 36,7% (77) apresentaram idade compreendida no intervalo entre 20 a 25 anos, seguidas da faixa etária de 26 a 30 anos, que corresponde a 27,7% (58) (TABELA 1); a média de idade foi de 29,51 anos, sendo a idade mínima de 18 anos, a máxima de 43 anos e o desvio padrão de 5,74 anos (TABELA 2).

Estes resultados estão em consonância com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que no último censo demográfico (2010) determinou que no total da população brasileira, 97.348.809 são mulheres. Destas, 42.396.035 possui idade entre 18 a 44 anos. Dos nascidos vivos em 2010, a idade das mães de maior prevalência foi compreendida na faixa etária de 20 a 24 anos (729.955) e de 25 a 29 anos (671.943) (IBGE, 2010).

Apesar do aumento na incidência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva, antes dos 20 e após os 35 anos de idade, seja uma realidade (SANTOS et al., 2009a), os achados do presente estudo permitem inferir a incidência majoritária da gravidez na faixa etária considerada ideal para o seu desenvolvimento, a qual varia entre 20 e 35 anos (TELES et al., 2010).

Estudo semelhante, realizado por Ali et al. (2012) para avaliar a frequência da ansiedade e depressão entre mulheres grávidas no Paquistão que também utilizou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), corrobora com os dados do presente estudo, ao observar que para uma amostra de 167 gestantes, prevaleceram mulheres jovens, incluídas na faixa etária entre 18 e 30 anos (70,1%),

com média de 27,92 anos. Da mesma forma, Field et al. (2010), ao explorarem os efeitos separados de depressão e ansiedade pré-natal e os efeitos da depressão e ansiedade em comorbidade, observaram uma média de idade de 27,5 anos.

Ao que condiz ao nível de escolaridade, 37,3% (78) das mulheres investigadas possuem nível médio completo e, ainda, 20,6% (43) gestantes possui nível fundamental incompleto (TABELA 1). Estes achados permitem inferir a presença de um perfil de baixo/médio nível instrucional, que perfaz a maioria das participantes do estudo.

O resultado do presente estudo assemelha-se ao encontrado por Field et al. (2010), o qual constataram predomínio de gestantes com nível médio de escolaridade (46%) e demonstra-se inferior à pesquisa de Grigoriadis et al. (2011) realizada no Canadá, que ainda que tenha sido composta por uma amostra de 62 gestantes (inferior ao presente estudo), apontou predomínio de gestantes com pós-graduação, resultado já esperado por este ser considerado um país desenvolvido. No entanto, estudo realizado por Ali et al. (2012) no Paquistão, que não é considerado um país desenvolvido, também evidenciou maioria de gestantes (70%) com ensino superior completo ou pós-graduação.

A educação, imbuída na escolaridade, aumenta a possibilidade de escolhas na vida e a aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis, possuindo efeito direto na saúde dos indivíduos. Neste âmbito, a baixa escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006) sendo considerada pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico (BRASIL, 2000).

No contexto de uma gravidez, o nível de escolaridade guarda íntima associação com a adesão à assistência pré-natal, existindo uma relação entre o grau de escolaridade da mãe e o número de consultas de pré-natal realizadas, conforme indicam dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

No presente estudo, houve maior frequência de gestantes casadas ou que relataram viver com o companheiro, 82,8% (173), assim como também prevaleceu a religião católica entre as participantes, com 56,9% (119) (TABELA 1).

Outros pesquisadores também referem predomínio de gestantes casadas em suas investigações, com percentuais de 96% em estudo realizado na Grécia para



investigar as estratégias de enfrentamento, ansiedade, depressão e preocupações pré-natais (GOUROUNTI; ANAGNOSTOPOULOS; LYKERIDOU, 2013) e 57% em investigação realizada no Havaí para avaliar a ansiedade, depressão e o transtorno de estresse pós-traumático em gestantes (ONOYE et al., 2013).

A presença de um parceiro pode atuar de maneira a minimizar os impactos relacionados às alterações decorrentes da gravidez, sejam elas hormonais, psíquicas, familiares ou de inserção social, que podem refletir diretamente em sua saúde mental. Neste âmbito, o apoio do marido ou companheiro reflete diretamente na maneira como a mulher aceita e vivencia sua gestação, assim como enfrenta complicações dela intercorrentes.

No tocante à crença religiosa, os achados do presente estudo são condizentes com a investigação de Silva, Ronzani e Furtado (2009), que verificaram um predomínio da religião católica (58,8%) ao investigarem a relação entre a prática religiosa, depressão, ansiedade e consumo alcoólico em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais.

É relevante mencionar que a gestante, assim como qualquer indivíduo, pode passar por situações conflituosas que a colocam diante da necessidade de articular meios que lhe permitam enfrentar e conviver com os aspectos inerentes a essas situações. Particularmente, na gravidez, os conflitos aguçam-se diante da condição da gestante responder não apenas por sua saúde, mas também pela de seu filho. Desta forma, a crença religiosa, caracterizada como importante e reconhecida estratégia de proteção em saúde, pode atuar positivamente para a manutenção do bem estar psicológico (SOEIRO et al., 2008; KOENING, 2007).

Ferreira et al. (2011) mencionam que a crença em um ser maior está ancorada na tentativa de se vivenciar de forma mais amena acontecimentos conturbados, por meio da busca de respostas para essas situações.

Quanto à renda familiar mensal, observou-se que 29,2% (61) das gestantes relataram ter renda compreendida entre um e dois salários mínimos, sendo que a maioria das participantes, 63,7% (133), possui renda familiar mensal de até três salários mínimos (TABELA 1), com renda média de 1463,65 reais, desvio padrão de 1018,97, sendo 339 reais a renda mínima e 10000 reais a máxima (TABELA 2).

Para a categorização da variável renda familiar mensal, nos intervalos estabelecidos neste estudo, considerou-se o valor de salário mínimo vigente a partir de 1º de janeiro de 2013, o qual estava estabelecido em valor igual a R\$ 678,00, de acordo com o Decreto nº 7872, de 26 de Dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Os percentuais observados no presente estudo corroboram com os descritos por Almeida et al. (2012) em estudo realizado no Rio Grande do Sul, para estimar a prevalência dos transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil, no qual a maioria das gestantes (69,8%) tinha renda familiar inferior a três salários mínimos.

Ao discorrer sobre a renda familiar, é relevante considerar que esta pode influenciar negativamente a gravidez à medida que desencadeie situações de estresse e insegurança (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Estes mecanismos psicológicos, no contexto de uma gravidez, em que se espera o aumento dos gastos em virtude do crescimento da família, podem exacerbar-se, comprometendo o bem-estar da gestante. Além disso, estudo de Pinto et al. (2005) ressaltam que a menor renda familiar tem sido associada a menor frequência de utilização da assistência pré-natal, o que pode comprometer a gestação.

Quanto à ocupação, a Tabela 1 evidencia que 49,3% (103) das gestantes investigadas exerciam atividade trabalhista; percentual próximo ao das entrevistadas que referiram serem donas de casa, o qual corresponde a 48,3% (101).

Achados, não diferentes são descritos por Figueiredo e Conde (2011), em estudo realizado em Porto, Portugal, para investigar a ansiedade e depressão em mulheres e homens do início da gravidez até três meses após o parto, no qual constataram que a maioria das gestantes exercia atividade trabalhista, assim como por Giardinelli et al. (2012) em estudo realizado na Itália para avaliar a prevalência e fatores de risco associados a depressão e ansiedade perinatal, em que observaram percentual de 69,5% das gestantes exercendo atividade trabalhista.

Ao discorrer sobre a ocupação, é importante refletir sobre sua associação com a renda familiar. Durante a gravidez, a ocupação como fonte de renda pode proporcionar uma sensação de tranquilidade para a gestante, uma vez que a presença de um salário mensal diminui as inquietações e o estresse referentes aos gastos advindos deste período e com a preparação para o nascimento do filho.

De acordo com a Tabela 1, a maioria das entrevistadas do presente estudo referiu morar em casa própria, o que corresponde a 65,6% (137).

A propriedade de um imóvel proporciona tranquilidade à mulher no contexto de uma gestação. Com a chegada de um filho, a ausência de uma moradia própria, associada à despesa despendida com o aluguel de uma imóvel, pode levar ao estresse e à insegurança, mecanismos que influenciam negativamente a gravidez.

### 8.1.2 Anamnese obstétrica atual e pregressa

A anamnese obstétrica evidenciou que 90,9% (190) das participantes do estudo não tiveram dificuldade para engravidar (TABELA 3).

Resultados semelhantes foram identificados por Oliveira et al. (2013) e por Gourounti, Anagnostopoulos e Lykeridou (2013), os quais verificaram percentuais de 83,4% e 88%, respectivamente, de gestantes que não enfrentaram dificuldade para engravidar.

Embora o índice de gestantes que tiveram dificuldade para engravidar tenha sido restrito, 9,1% (19), vale mencionar que em nosso meio, assim como em muitas sociedades, apesar de diversos avanços terem ocorrido no campo das questões de gênero, a maternidade continua sendo um dos principais papéis sociais das mulheres (LUND et al., 2009).

Neste contexto, a dificuldade para engravidar expõe a mulher, assim como seu cônjuge, a pressões que os tornam vulneráveis a alterações do seu bem-estar físico e psicológico com repercussões em sua vida social, afetiva e sexual (BALDUR-FELSKOV et al., 2013; IRIS; KIRMIZI; TANER, 2013; OBEISAT, 2012; NOORBALA, et al., 2009; SLADE et al., 2007; MCQUILLAN; TORRES STONE; GREIL, 2007).

Tabela 3 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, idade gestacional, classificação quanto ao número de gestações, número de filhos vivos e histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldade para engravidar</b>		
Sim	19	9,1
Não	190	90,9
<b>Realização de tratamento para engravidar</b>		
Sim	10	4,8
Não	199	95,2
<b>Idade gestacional (trimestre)</b>		
1º trimestre	44	21,1
2º trimestre	82	39,2
3º trimestre	83	39,7
<b>Classificação quanto ao número de gestações</b>		
Primigesta	69	33,0
Multigesta	140	67,0
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum	83	39,7
Um	79	37,8
Dois	35	16,7
Três ou mais	12	5,8
<b>Histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro<sup>1</sup></b>		
Sim	49	35,0
Não	91	65,0

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes que são multigestas.

A esse conjunto de fatores associados à dificuldade para engravidar, somam-se as questões relacionadas à realização de tratamento para esta finalidade.

Na amostra estudada, 95,2% (199) das gestantes não realizaram tratamento para engravidar (TABELA 3).

Apesar de apenas 4,8% (10) das gestantes terem recorrido a realizado tratamento para engravidar (TABELA 3), cabe ressaltar que a realização de tratamento com esta finalidade pode provocar estresse e desgaste não só na mulher mas também em seu companheiro afetando suas qualidades de vida, em virtude dos múltiplos fatores inseridos neste contexto como a incerteza de desfecho positivo, a inexistência de tratamento em algumas localidades e a indisponibilidade de recursos

para este fim. Fatos que se acentuam, segundo Baldur-Felskov et al. (2013), nos casos em que os casais dependem de serviços públicos de saúde para a realização do tratamento, em contextos em que esse não é tratado como um problema prioritário de saúde pública.

No que se refere a idade gestacional, 39,2% (82) das mulheres investigadas estavam no segundo trimestre da gestação e 39,7% (83) no terceiro (TABELA 3).

Ao discorrer sobre a idade gestacional, destaca-se que as necessidades de atenção à gestante devem ser cuidadosamente observadas de acordo com as prioridades de cada trimestre gestacional, a fim de que se realizem intervenções oportunas, sejam elas preventivas ou terapêuticas (BRASIL, 2000; 2001).

Entre as entrevistadas, 67% (140) eram multigestas (TABELA 3) com o número de gestações anteriores variando de um a nove e mediana de duas, além da variação do número de partos anteriores entre um e seis (TABELA 4). Entre as multigestas, 35% (49) vivenciaram um abortamento e/ou ameaça de parto prematuro em gestações anteriores (TABELA 3), sendo que, 81,6% (40) delas tiveram a experiência de um processo de abortamento, com o mínimo de um e máximo de três abortamentos; e 18,4% (9) vivenciaram apenas uma ameaça de parto prematuro.

Tabela 4 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a variável número de gestações (contínuas). Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Estatística Descritiva	Variável	
	Número de gestações	Número de partos
Média	2,22	1,55
Desvio-padrão	1,23	0,90
Mínimo	1	1
Máximo	9	6
1º Quartil (P25)	1	1
2º Quartil (50 – Mediana)	2	1
3º Quartil (P75)	3	1

Fonte: Da autora.

Resultados semelhantes aos apresentados na presente investigação são corroborados por outro estudo brasileiro realizado em Osasco para estimar a prevalência de ansiedade e depressão durante a gravidez em um ambiente privado,

no qual 58,6% da amostra era composta por multigestas com o número de gestações anteriores variando de 1 a 8 (FAISAL-CURY; MENEZES, 2007) e pelo estudo de Gourounti, Anagnostopoulos e Lykeridou (2013), que identificou 54% de multigestas, sendo que 22% delas com histórico de abortos em gestações anteriores.

No que se refere ao histórico de abortamento e/ou ameaça de um parto prematuro, observa-se que este pode influenciar de maneira significativa a gestação em curso, acarretando prejuízos ao bem-estar da gestante. Segundo Pereira et al. (2010), a vivência de experiências negativas em gestações anteriores pode desencadear na gestante sentimentos de insegurança, ansiedade e medo de que o desfecho adverso passado se repita na atual gravidez. Gourounti e Anagnostopoulos e Lykeridou (2013) relatam em seu estudo que mulheres com histórico de abortamentos anteriores apresentaram níveis mais elevados de preocupações na gravidez.

Neste fato, infere-se a relevância da realização do acompanhamento pré-natal, no qual a avaliação detalhada da história obstétrica da gestante pelos profissionais de saúde deve estar inserida.

Entre as gestantes, constatou-se que, 39,7% (83) não têm filhos e 37,8% (79) têm apenas um. A diferença verificada entre o número de participantes que não tem filhos (83) e o número de primigestas (69) deve-se ao fato de que algumas gestantes (14) informaram perda de filhos oriundos de gestações anteriores, devido a abortamentos e/ou após o nascimento.

Os achados do presente estudo são condizentes com a tendência observada no país de quedas sucessivas e significativas da taxa de fecundidade, verificada nas últimas décadas, a qual era de 2,38 filhos em 2000 e passou a 1,90 em 2010 (IBGE, 2010).

Esta queda se deve a maior participação da mulher no mercado de trabalho e mudanças em seu papel social, fatores que tem contribuído para o planejamento sobre o número de filhos que pretende ter e o momento de tê-los (OMS, 2011).

As complicações em gestações anteriores são evidenciadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis presença e tipo de complicações em gestações anteriores. Alfenas –MG, 2013 (n=140).

Variáveis	f	%
<b>Presença de Complicações em Gestações Anteriores<sup>1</sup></b>		
Sim	66	47,1
Não	74	52,9
<b>Complicações em Gestações Anteriores<sup>2</sup></b>		
Abortamento	40	60,6
Ameaça de parto prematuro	9	13,6
Nascimento prematuro	5	7,5
Oligodrâmnio	4	6,0
Infecção do trato urinário	4	6,0
Hipertensão arterial na gestação	4	6,0
Sangramento	4	6,0
Descolamento prematuro de placenta	4	6,0
Gestação ectópica	3	4,5
Hemorragia	2	3,0
Polidrâmnio	2	3,0
Óvulo não embrionado	1	1,5
Hipoglicemia	1	1,5
Rubéola	1	1,5
Apnéia	1	1,5
Pré-eclâmpsia	1	1,5
Eclâmpsia	1	1,5
Pós datismo gestacional	1	1,5
Náuseas/Vômitos	1	1,5
Diabetes gestacional	1	1,5
Contrações	1	1,5
Circular de cordão umbilical	1	1,5

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes multigestas; <sup>2</sup>Apenas para participantes com presença de complicações em gestações anteriores e houve mais de uma resposta por entrevistada.

Conforme demonstrado na tabela, entre as multigestas, 47,1% (66), apresentaram complicações em gestações anteriores, sendo a mais frequente a ocorrência de abortamento, referida por 60,6% (40) delas, seguida de ameaça de parto prematuro, relatada por 13,6% (9).

Pesquisas evidenciaram resultados inferiores ao do presente estudo. Spindola, Penna e Progianti (2006) relataram que 16% das gestantes referiram complicações em gestações anteriores, sendo a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) a mais prevalente (63%). Pereira et al. (2010), ao avaliarem a associação entre complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e

depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde no Rio de Janeiro, identificaram que 7,5% das gestantes tinham um histórico de complicações obstétricas.

Tais resultados permitem inferir que o conhecimento da história da gestante e suas experiências anteriores pelo profissional de saúde permite que ele assista a mulher de maneira única com todas as suas peculiaridades, assumindo importância neste contexto as orientações obstétricas e o envolvimento que colaboram para aumentar a confiança da gestante, resultando em seu bem-estar físico e mental (BRASIL, 2001).

Em relação à gestação atual, a Tabela 6 evidencia que 72,2% (155) das gestantes não apresentaram complicações até o momento da entrevista. Entre as 25,8% (54) entrevistadas que responderam afirmativamente a essa questão, as complicações mais frequentemente relatada foram náuseas/vômitos, referida por 30,2% (16), seguida de sangramento com 22,6% (12).

Alvarenga et al. (2012) constataram em seu estudo realizado em Salvador, Bahia, sobre a relação entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal, que 72,4% delas não tiveram complicações na gestação atual e entre as 27,6% que afirmaram ter passado por complicações durante o período, a ameaça ou tentativa de aborto, hipertensão, eclampsia e perda de líquido amniótico foram as mais citadas. Pereira et al. (2010) evidenciaram que 8,3% das gestantes investigadas relataram queixas de complicações na gestação atual, sendo o sangramento anômalo referido por 30% delas.



Tabela 6 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis presença e tipo de complicações na gestação atual. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variáveis	f	%
<b>Presença de Complicações na Gestação Atual</b>		
Sim	54	25,8
Não	155	74,2
<b>Complicações na Gestação Atual<sup>1</sup></b>		
Náuseas/vômitos	16	30,2
Sangramento	12	22,6
Descolamento prematuro de placenta	7	13,2
Infecção do trato urinário	6	11,3
Dores no abdome	4	7,5
Cefaléia intensa	3	5,7
Hipertensão arterial na gestação	3	5,7
Ameaça de aborto	3	5,7
Contrações	2	3,8
Cálculo renal	2	3,8
Asma	1	1,9
Oligoidrâmnio	1	1,9
Queda	1	1,9
Pneumonia	1	1,9
Diabetes	1	1,9
Edema	1	1,9
Ameaça de parto prematuro	1	1,9
Dor nas costas	1	1,9

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes com presença de complicações na gestação atual e houve mais de uma resposta por entrevistada.

Os resultados do presente estudo evidenciaram o perfil de gestantes fisiológicas e corroboram a importância da assistência pré-natal na prevenção e detecção precoce de complicações obstétricas e desenvolvimento de ações educativas que segundo Spindola, Penna e Progianti (2006) são essenciais para preservar a saúde materno-fetal e reduzir a morbimortalidade do binômio mãe-filho, ressaltando-se o papel preponderante da enfermagem obstétrica neste processo.

Com relação ao planejamento da gravidez atual, a maioria das entrevistadas neste estudo, 56,9% (119), referiu não tê-lo feito (TABELA 7).

Tabela 7 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis planejamento da gravidez atual, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do companheiro à gestação, apoio familiar à gestação. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Planejamento da gravidez atual</b>		
Sim	90	43,1
Não	119	56,9
<b>Desejo materno em relação à gravidez</b>		
Sim	206	98,6
Não	3	1,4
<b>Desejo paterno em relação à gravidez</b>		
Sim	207	99,0
Não	2	1,0
<b>Apoio do parceiro à gravidez</b>		
Sim	207	99,0
Não	2	1,0
<b>Apoio familiar à gravidez</b>		
Sim	207	99,0
Não	2	1,0

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem.

A gravidez não planejada foi documentada por vários pesquisadores. Alvarenga et al. (2012) identificaram dados semelhantes ao do presente estudo ao evidenciarem que em 57,5% das gestantes a gravidez havia sido inesperada. Vieira e Parizotto (2013), em estudo sobre as alterações psicológicas do período gravídico, confirmaram uma prevalência de 66,7% de gestantes que não planejaram a gestação em um município do Meio-oeste de Santa Catarina. Prietsch et al. (2011), ao avaliarem os fatores associados à gravidez não planejada em um município do Rio Grande do Sul, identificaram que 65% das participantes não o tinham realizado, percentual bem próximo da taxa que foi descrita por Goicolea e San Sebastian (2010) em estudo realizado no Equador (62,7%).

Em todo o mundo, das 210 milhões de gestações que ocorrem a cada ano, cerca de 80 milhões não são intencionais (SMITH et al., 2011).

O não planejamento da gestação configura-se como um fator de risco associado a resultados adversos maternos e perinatais, incluindo a mortalidade e

morbidade associadas aos abortos induzidos inseguros, especialmente em países onde o aborto é ilegal (IKAMARI; IZUGBARA; OCHAKO, 2013).

A ocorrência de uma gravidez não planejada resulta de muitos fatores, entre eles a falta de acesso e baixa utilização de métodos contraceptivos (PRIETSCH et al., 2011).

Desta forma, o maior acesso aos serviços de planejamento familiar é fundamental para reduzir a incidência de gestações não planejadas, o qual deve ser acompanhado de melhoria da qualidade do atendimento e disponibilidade de informações sobre a utilização eficaz dos métodos contraceptivos (IKAMARI; IZUGBARA; OCHAKO, 2013).

A gravidez não planejada, por vezes, pode se tornar sinônimo de uma gestação indesejada, quando se opõe aos desejos e às expectativas do casal.

No presente estudo, 98,6% (206) das gestantes desejavam a gravidez e 99% (207) afirmaram que este desejo também era compartilhado pelo companheiro (TABELA 7). Este dado é semelhante ao encontrado em estudo realizado na China, em que 96,9%% das mulheres e 93,5% dos homens relataram desejar a gravidez (ZHOU et al., 2013).

Apesar do índice de gestação indesejada ser extremamente baixo neste estudo, 1,4% (3), é relevante mencionar que esta variável é fator de risco para o desenvolvimento gestacional com efeitos adversos à saúde, tanto materna como neonatal (EXAVERY et al., 2013; IKAMARI; IZUGBARA; OCHAKO, 2013).

Outros estudos identificaram prevalências superiores de gestações indesejadas, referindo 24% no Quênia (IKAMARI; IZUGBARA; OCHAKO, 2013), 30% em Bangladesh (KAMAL; ISLAM, 2011), 36% na Guatemala (BARDEN-O'FALLON; SPEIZER; WHITE, 2008), 41% no Nepal (ADHIKARI; SOONTHORNDHADA; PRASARTKUL, 2009) e 50,7% na Tanzânia (EXAVERY et al., 2013).

Na amostra estudada, predominaram majoritariamente as gestantes que contavam com o apoio do parceiro e da família na gravidez, o que correspondeu a 99% (207) para ambas as variáveis (TABELA 7).

Os achados do presente estudo assemelham-se ao estudo de Harvey e Pun (2007), realizado na Austrália, que evidencia a predominância do apoio do parceiro

ou da família durante a gravidez e contrasta com os dados do estudo de Vythilingum et al. (2013), realizado na África do Sul, em que observou-se a ausência de apoio relatado pelas mulheres durante a gravidez.

O apoio durante a gestação é fator associado ao desejo ou não da gestação, bem como a sua aceitação. Dessa forma, Hanlon et al. (2010) mencionam que a gravidez quando não desejada pode se tornar um catalisador para brigas conjugais, levando a uma erosão do apoio e dos cuidados que a mulher poderia esperar do parceiro .

O posicionamento do pai da criança em relação à gestação e o estado conjugal são aspectos que influenciam na aceitação da gravidez (SANTOS et al., 2009b), uma vez que o apoio reflete o comprometimento do pai com o recém-nascido (PRIETSCH et al., 2011).

Neste âmbito, a falta de apoio do parceiro é um fator de risco intimamente ligado ao aparecimento de transtornos de humor na gravidez e no puerpério, confirmada por estudos de Pajulo et al. (2001) e Rubertsson, Waldenstrom e Wickberg ( 2003).

Da mesma forma, o apoio da família também é um fator essencial para o bem-estar da mulher grávida (GIARDINELLI et al., 2012).

Em estudo de Silva et al. (2010b), 95,6% das gestantes contaram com o apoio da família durante a gestação. Os mesmos autores reportam que o pouco apoio familiar está associado a maior probabilidade de a gestante apresentar transtornos mentais comuns como a ansiedade e a depressão.

### 8.1.3 Hábitos de vida e doenças pré-existentes

No presente estudo verifica-se que a maioria das gestantes não possui o hábito de fumar, 85,5% (185), como evidenciado na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, frequência do consumo de bebida alcoólica, uso de drogas, tipos de drogas. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Tabagismo</b>		
Sim	24	11,5
Não	185	88,5
<b>Quantidade de cigarros consumidos por dia<sup>1</sup></b>		
Até 10 cigarros	15	62,5
Acima de 10 cigarros	9	37,5
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Sim	15	7,2
Não	194	92,8
<b>Frequência do consumo de bebida alcoólica<sup>2</sup></b>		
Uma vez por mês ou menos	10	66,7
2 ou 3 vezes por semana	4	26,7
4 ou mais vezes por semana	1	6,6
<b>Uso de drogas</b>		
Sim	5	2,4
Não	204	97,6
<b>Tipos de drogas<sup>3</sup></b>		
Cocaína	4	80,0
Maconha	2	40,0
Crack	1	20,0

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes que são tabagistas; <sup>2</sup>Apenas para participantes que consomem bebida alcoólica; <sup>3</sup>Apenas para participantes que usam drogas, houve mais de uma resposta por entrevistada.

Embora o percentual de gestantes fumantes tenha sido baixo, 11,5% (24), ressalta-se que entre estas, 62,5% (15) referiram consumir até 10 cigarros por dia, com uma média de consumo de 10,67 cigarros, desvio padrão de 7,33, mínimo de dois e máximo de 20 cigarros (TABELA 9).

Estudo de Muckle et al. (2011) realizado no Canadá constatou que 90% da gestantes eram fumantes e mais da metade destas (52%) relataram fumar mais de 10 cigarros por dia. Outros pesquisadores brasileiros encontraram valores diferentes da presente pesquisa em diversas regiões do país: 5,5% de fumantes entre gestantes no Rio de Janeiro, (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009), 8,9% em Petrolina, Pernambuco (CARVALHO et al., 2010) e 19,5% em Pelotas, Rio Grande do Sul (SILVA et al., 2010b).

Tabela 9 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a variável quantidade de cigarros consumidos por dia (contínuas). Alfenas – MG, 2013.

Variáveis	Estatística Descritiva	Estimativa
<b>Quantidade de Cigarros Consumidos Por Dia</b>	Média	10,67
	Desvio-padrão	7,33
	Mínimo	02
	Máximo	20
	1º Quartil (P25)	4,00
	2º Quartil (50 – Mediana)	8,50
	3º Quartil (P75)	20,00

Fonte: Da autora.

O hábito de fumar durante a gestação está associado a resultados obstétricos adversos como a incidência de anomalias no feto, restrição do crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer, descolamento prematuro de placenta e ruptura prematura das membranas, placenta prévia, hemorragia pré-parto, aborto espontâneo, gravidez ectópica e morte subida do recém-nascido (YAMAGUCHI et al., 2008; POLETTA et al., 2010).

Neste estudo, 92,8% (194) das gestantes relataram não consumir bebida alcoólica e entre as 7,2% (15) que reportaram uso de álcool na gestação, 66,7% (10) relataram que este se restringia a uma vez por mês ou menos.

Resultado semelhante é descrito por Freire, Padilha e Saunders (2009), que referem consumo de álcool na gestação de 7,4% (TABELA 8). Outros estudos apresentam percentuais diversos variando de 3,7% a 60,5% (MUCKLE et al., 2011; SILVA et al., 2010b; PRIETSCH et al., 2011).

O consumo de álcool durante a gestação pode acarretar efeitos negativos sobre o desenvolvimento do cérebro fetal, além de efeitos teratogênicos em qualquer período gestacional, ocasionado pelo etanol (YAMAGUCHI et al., 2008).

Quanto ao uso de drogas, 97,6% (204) das mulheres investigadas informaram não fazerem uso. Porém, entre as 2,4% (5) que são usuárias, a cocaína foi a droga mais utilizada. Vale lembrar que algumas gestantes usuárias informaram fazerem uso de mais de um tipo de droga.

Em estudo de Pereira et al. (2010), 2,5% da amostra foi composta por usuárias de drogas. Os resultados do presente estudo são, no entanto, inferiores a outros apontados pela literatura, como os encontrados por Oliveira et al. (2013), o

qual apresenta um percentual de 7,2% das gestantes consumindo alguma droga durante a gestação ou antes dela, sendo a maconha a droga mais consumida, seguida da cocaína e crack; por Bessa et al. (2010) que referem índice de 6% com predomínio também da maconha, seguida pela cocaína e por Havens et al. (2009) que relatam percentual de 4,7%.

O uso de drogas durante o pré-natal afeta centenas de milhares de gestações por ano, sendo fator de risco para o feto capaz de desencadear atrasos em seu desenvolvimento, além de uma variedade de problemas neurocomportamentais infantis, dificuldades de aprendizagem, distúrbios sociais e problemas de saúde ao longo da vida da criança (BANDSTRA et al., 2010; BERTRAND et al., 2010).

Como descrito na Tabela 10, dentre as participantes do estudo, 88% (184) referiram não ter problemas de saúde até o momento da entrevista. Entre as que responderam afirmativamente a essa questão, 12% (25), a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus predominaram como as patologias mais frequentes com 40% (10) e 20% (5), respectivamente.

Em investigação de Pereira et al. (2010), 70,9% das gestantes possuíam problemas de saúde, sendo a hipertensão relatada por 2,5% das gestantes e o diabetes por 0,8%.

A presença de problemas de saúde, no decorrer de uma gestação pode conferir risco de desfechos maternos, fetais e neonatais graves que podem culminar em indicação de cesariana (FREITAS et al., 2008). Neste contexto, infere-se a relevância da assistência pré-natal no atendimento das especificidades de cada gestante, essenciais para prevenir a morbimortalidade materna e fetal.

A maioria das entrevistadas não fazia uso de medicamentos diários, o que representa 90,7% (195). Entretanto, entre as que faziam uso, os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais frequentes com 42,8% (6), o que está em acordo com o principal problema de saúde referido.

Em investigação de Oliveira et al. (2013), o consumo de pelo menos um medicamento foi citado por 99% das gestantes, havendo uma média de 3,7 medicamentos por mulher, com predomínio do uso de analgésicos e anti-inflamatórios.

Tabela 10 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis presença de problemas de saúde, tipo de problemas de saúde, uso de medicamentos diários e grupo farmacológico do medicamento. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Presença de Problemas de Saúde</b>		
Sim	25	12,0
Não	184	88,0
<b>Problemas de Saúde<sup>1</sup></b>		
Hipertensão arterial sistêmica	10	40,0
Diabetes	5	20,0
Hipotireoidismo	3	12,0
Asma	2	8,0
Enxaqueca	1	4,0
Glaucoma	1	4,0
Síndrome de Charcot Marrie Tooth	1	4,0
Fibromialgia	1	4,0
Hipotireoidismo de Hashimoto	1	4,0
Esteatose hepática	1	4,0
Arritmia cardíaca	1	4,0
Taquicardia	1	4,0
<b>Uso de Medicamentos Diários</b>		
Sim	14	9,3
Não	195	90,7
<b>Grupo Farmacológico do Medicamento<sup>2</sup></b>		
Anti-hipertensivo	6	42,8
Insulina	3	21,4
Hormônio tireoidiano	2	14,2
Antitireoidiano	1	7,1
Anti-arrítmico	1	7,1
Anti-ulceroso	1	7,1
Broncodilatador	1	7,1
Analgésico	1	7,1

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes que possuem problemas de saúde e houve mais de uma resposta por entrevistada; <sup>2</sup> Apenas para participantes que fazem uso de medicamentos diários e houve mais de uma resposta por entrevistada.

Um estudo norueguês, realizado com 1984 grávidas em um hospital universitário para avaliar a relação entre uso de medicamentos, medo do parto e saúde mental materna revelou consumo de medicamentos por 57,7 % das gestantes durante a gestação e uso de analgésicos por 55,8% delas (NORDENG et al., 2012). O uso de fármacos por gestantes foi também observado em outras publicações nacionais (BRUM et al., 2011; MELO et al., 2009).



O conhecimento de que o uso de medicamentos traz riscos reais e potenciais à gravidez, uma vez que nenhum deles é isento de toxicidade à mãe ou ao feto, é bem documentado na literatura (BRUM et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

A exposição a fármacos durante a gestação pode causar complicações ao conceito, sendo os três primeiros meses os mais críticos para alterações que poderão causar defeitos funcionais e comportamentais, ou até mesmo, a morte imediata do feto (DAW et al., 2012), por isso seu uso deve ser feito com cautela. Contudo, mesmo havendo riscos, o que se apresenta atualmente é um quadro de automedicalização, às vezes indiscriminada, em virtude do fácil acesso.

Como evidenciado na Tabela 11, o histórico de transtorno mental entre as gestantes foi de 20,1% (42). Resultado próximo ao encontrado em investigação de Grigoriadis et al. (2011), na qual 23% das gestantes relataram diagnóstico ou sintomas psiquiátricos anteriores significativos.

Como documentado na literatura, o histórico de transtorno mental representa alto risco de recorrência durante a gravidez, o que aponta para a necessidade de intervenção e prevenção antes mesmo desse período (PEREIRA et al., 2010; GIARDINELLI et al., 2012).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos com 500 mulheres que frequentam um serviço de atenção psiquiátrica, 75% das participantes relataram diagnósticos ou sintomas psiquiátricos anteriores significativos (BATTLE et al., 2006).

A Tabela 11 evidencia ainda que o transtorno mental vivenciado no passado mais referido neste estudo foi a depressão, perfazendo um total de 76,2% (32) gestantes. Em estudo de Grigoriadis et al. (2011) a depressão também foi o transtorno mais relatado pelas gestantes (12%), seguido de ansiedade (7,7%) e transtorno do pânico (3,3). Esses resultados corroboram com a evidência da depressão ser frequente entre mulheres, principalmente em idade reprodutiva (LE STRAT; DUBERTRET; LE FOLL, 2011).

Tabela 11 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis histórico de transtorno mental, tipo de transtorno mental, realização de tratamento para o transtorno mental e tipo de tratamento para o transtorno mental. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	f	%
<b>Histórico de Transtorno Mental</b>		
Sim	42	20,1
Não	167	79,9
<b>Transtorno Mental vivenciado no passado<sup>1</sup></b>		
Depressão	32	76,2
Depressão pós-parto	8	19,0
Síndrome do pânico	2	4,8
<b>Realização de Tratamento para o Transtorno Mental vivenciado no passado<sup>1</sup></b>		
Sim	25	59,5
Não	17	40,5
<b>Tipo de Tratamento para o Transtorno Mental vivenciado no passado<sup>2</sup></b>		
Farmacológico	18	72,0
Psicoterápico	4	16,0
Ambos	3	12,0

Fonte: Da autora

Nota: F = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes que possuem histórico de transtorno mental; <sup>2</sup>Apenas para participantes que possuem histórico de transtorno mental e realizaram tratamento.

A história anterior de depressão é um dos principais fatores de risco para a sua recorrência no pré-natal (PEREIRA; LOVISI, 2008). Fato confirmado por Pereira et al. (2010) ao constatar que 30% das gestantes que apresentaram depressão durante a gravidez, a tinham vivenciado antes deste período

Neste estudo, das participantes que vivenciaram transtornos mentais no passado, 59,5% (25) realizaram tratamento, sendo que 72% (18) delas optaram pelo tratamento farmacológico (TABELA 11).

Embora o índice de gestantes que não realizaram tratamento para transtorno mental vivenciado no passado não tenha sido predominante, 40,5% (17), é, contudo, relevante, o que evidencia um sério problema na assistência pública em saúde mental. Tal situação foi constatada em estudo de Pereira et al. (2010), realizado no Rio de Janeiro, no qual nenhuma gestante com história anterior de depressão realizou tratamento psiquiátrico.

A não realização de tratamento não pode ser atribuída somente à desassistência em saúde. Questões culturais também podem estar imbuídas neste fenômeno, uma vez que a cultura pode afetar a percepção dos indivíduos sobre necessidade de tratamento em saúde mental, representando barreiras para a busca de ajuda ou acesso aos cuidados de saúde.

#### 8.1.4 Eventos Marcantes de Vida e Relações Interpessoais

A frequência de evento marcante na vida das gestantes entrevistadas, nos últimos doze meses, foi de 33,5% (70), com predominância de morte de ente querido, que correspondeu a 54,3% (38). Na categoria “outros” eventos marcantes na vida, citados pelas gestantes, incluem-se a ocorrência de abortamento, prisão do pai, vivência de acidente automobilístico e a própria gravidez (TABELA 12).

Tabela 12 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis ocorrência e tipo de evento marcante na vida nos últimos 12 meses. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Ocorrência de evento marcante na vida nos últimos 12 meses</b>		
Sim	70	33,5
Não	139	66,5
<b>Evento marcante na vida nos últimos 12 meses<sup>1</sup></b>		
Morte de ente querido	38	54,3
Outros	15	21,4
Diagnóstico de doença em ente querido	9	12,8
Separação ou divórcio	5	7,2
Perda de emprego	2	2,9
Diagnóstico de doença em você	1	1,4

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes que tiveram algum evento marcante na vida nos últimos 12 meses.

Outros estudos brasileiros contrastam com os achados do presente estudo como o realizado por Silva et al. (2010b) que referem índice de eventos marcantes de 63% entre gestantes de Pelotas, Rio Grande do Sul e por Esper e Furtado (2011)

que relatam que todas as gestantes investigadas em seu estudo referiram a ocorrência de pelo menos um evento marcante desencadeador de estresse nos 12 meses anteriores a entrevista, sendo que eventos relacionados a saúde foram predominantes (99,1%).

Os eventos marcantes caracterizam-se como mudanças na vida que exigem reajuste e por isso configuram-se como potenciais produtores de estresse, o qual, no decorrer de uma gestação, também caracterizada como um acontecimento que demanda mudanças pode exacerbar-se e acarretar prejuízos para a saúde materna e fetal.

É importante mencionar que em países em desenvolvimento diversos fatores podem contribuir para a exacerbação de eventos produtores de estressante durante a gravidez em virtude das iniquidades que permeiam a sociedade (PEREIRA et al., 2010).

Com relação aos conflitos conjugais, a análise da Tabela 13 demonstra que, entre as entrevistadas, prevaleceram com 97% (172), as gestantes que não os enfrentavam atualmente.

Um relacionamento conjugal frágil, marcado por conflitos, impacta negativamente na gestação à medida que deteriora o bem-estar da mulher grávida.

Hanlon et al. (2010) destacam que brigas com parceiros são tidas como razões para muitas mulheres sentirem-se angustiadas e se lamentarem durante a gestação, principalmente em situações caracterizadas pelo baixo poderio econômico-social, quando a gravidez aumenta a dependência da mulher em relação ao parceiro.

Os mesmos autores destacam ainda que um relacionamento conjugal conflitante pode piorar sob as tensões adicionais da gravidez, sendo um importante fator de vulnerabilidade para a violência doméstica.

Neste estudo predominaram as gestantes que não sofreram violência doméstica no passado e nem atualmente, as quais representaram 90% (188) e 99,5% (208), respectivamente. Entre as 10% das participantes que sofreram violência doméstica no passado, 71,4% (15) relataram terem sido vítimas de violência física, já a única gestante que confirmou ser vítima de violência atualmente,

o que corresponde a 0,5%, informou ser esta do tipo psicológica ou moral (TABELA 13).

Tabela 13 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis de conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, tipo de violência doméstica vivenciada no passado e atualmente e ocorrência de violência doméstica atualmente. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Ocorrência de conflito conjugais<sup>1</sup></b>		
Sim	25	12,7
Não	172	87,3
<b>Histórico de violência doméstica</b>		
Sim	21	10,0
Não	188	90,0
<b>Tipo de violência doméstica vivenciada no passado<sup>2</sup></b>		
Física	15	71,4
Sexual	4	19,4
Psicológica ou Moral	4	19,4
<b>Ocorrência de violência doméstica atualmente</b>		
Sim	1	0,5
Não	208	99,5
<b>Tipo de violência doméstica atual<sup>3</sup></b>		
Psicológica ou Moral	1	100,0

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes que são casadas/com companheiro ou namoram; <sup>2</sup>Apenas para participantes que possuem histórico de violência doméstica, houve mais de uma resposta por entrevistada; <sup>3</sup>Apenas para participantes que sofrem violência doméstica atualmente.

Outros pesquisadores apresentaram dados superiores ao do presente estudo. Pereira et al. (2010) referem que o histórico de violência perpetrada contra gestantes ocorrida nos últimos doze meses foi de 15% e a prevalência durante a gestação foi 7,5%, ambas do tipo física. Vythilingum et al. (2013), em estudo na África, na Cidade do Cabo, constataram que mais da metade das gestantes (63,8%) tinham experimentado no passado ou experimentavam atualmente algum tipo de violência, seja física, psicológica ou sexual. Audi et al. (2008), em estudo realizado em Campinas com 1357 gestantes para investigar a prevalência e fatores associados à violência na gravidez, identificaram índice de 25,5%, sendo que 56,5% das

gestantes relataram ter sido vítima de violência física e/ou sexual. Ressalta-se que a variação de prevalências pode ser atribuída à heterogeneidade na definição de violência, aos diferentes tamanhos e processos de seleção da amostra e aos métodos de estudo.

A vivência de uma realidade permeada por violência sofrida durante a gestação está associada a graves consequências para a saúde materna e fetal, com aumento do risco de baixo peso ao nascer, morte materna e fetal, parto prematuro, aborto espontâneo e subseqüentes problemas comportamentais na criança e desenvolvimento de transtornos mentais uma vez que conspira contra o bem-estar da gestante ao ser fonte de pesar e sofrimento para ela (HELLMUTH et al., 2013; FLACH et al., 2011).

Ao analisar a Tabela 14, constatou-se que 89,5% (187) das gestantes afirmaram ter relações interpessoais satisfatórias. Entre as gestantes que responderam negativamente a esta questão, 10,5% (22), a família foi apontada pela maioria, 91% (22), como o grupo com quem o relacionamento é insatisfatório.

Pereira et al (2010) observou resultado superior ao do presente estudo ao verificar que 33,3% das gestantes referiram ter conflitos com pessoas próximas. Assim como Thiengo et al. (2012), que constatou índice de 36% de gestantes que enfrentavam conflitos com familiares, amigos e vizinhos.

Baptista, Baptista e Dias (2001) pontuam que relações sociais construtivas com a família e amigos são propiciadores de bem-estar. Desta forma, a manutenção de relacionamentos interpessoais satisfatórios pode favorecer o desenvolvimento da gestação a medida que permeia o bem-estar da gestante e faz com ela se sinta amparada por um círculo de pessoas com quem ela se relaciona, o qual compõe parte da sua rede de apoio/suporte social.

Da amostra total, 60,8% (127) das gestantes receberam algum tipo de apoio/suporte social. Entre estas, a maioria informou ser a família a provedora mais frequente deste apoio/suporte com 88,9% (113), lembrando que algumas gestantes relataram receber ajuda de mais de um provedor; além disso, 74,8% (95) das gestantes informaram receber apoio/suporte tanto financeiro como emocional/psicológico.

Tabela 14 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as variáveis relações interpessoais satisfatórias, grupo com relacionamento insatisfatório, presença de apoio/suporte social, provedor do apoio/suporte social e tipo de suporte. Alfenas - MG, 2013 (n=209).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Presença de relações interpessoais satisfatórias</b>		
Sim	187	89,5
Não	22	10,5
<b>Grupo com Relacionamento Insatisfatório<sup>1</sup></b>		
Família	20	91,0
Amigos	1	4,5
Ambos	1	4,5
<b>Presença de Apoio/Suporte Social</b>		
Sim	127	60,8
Não	82	39,2
<b>Provedor do Apoio/Suporte Social<sup>2</sup></b>		
Família	113	88,9
Amigos	14	11,0
Outros	9	7,0
Igreja	2	1,5
<b>Tipo de Apoio/Suporte<sup>3</sup></b>		
Financeiro	8	6,3
Emocional/psicológico	24	18,9
Ambos	95	74,8

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem; <sup>1</sup>Apenas para participantes que possuem relações interpessoais insatisfatórias; <sup>2</sup>Apenas para participantes que receberam suporte social, houve mais de uma resposta por entrevistada; <sup>3</sup>Apenas para participantes que receberam suporte social.

Vieira e Parizotto (2013) corroboram com o achado do presente estudo ao mencionar que 83,7% das gestantes relataram a presença de apoio durante o período pré-natal. Assim como Moreira e Sarriera (2008) que referem que a família assumiu posição de destaque na promoção do apoio/suporte às gestantes. Ao contrário do estudo de Thiengo et al. (2012) em que a maioria das gestantes relataram não ter recebido apoio emocional e material/financeiro.

Apesar de não haver um consenso quanto à definição de apoio social (CANESQUI; BARSAGLINI, 2010), este pode ser compreendido como os recursos relacionais que o indivíduo dispõe para enfrentar diferentes acontecimentos na vida (MOREIRA; SARRIERA, 2008). Desta forma, frente a uma gravidez e preparação para assumir a maternidade, a presença de apoio/suporte nas suas dimensões

material, financeira ou afetiva, faz a gestante sentir-se assistida, condicionando-a a alcançar a sensação de bem-estar e enfrentar melhor os reajustes biopsicossociais inerentes a este período.

Ao abordar a presença de apoio/suporte durante a gravidez é relevante considerar a importância deste na aceitação e vivência da gestação pela mulher, sendo esta desejada ou não, destacando a atuação da equipe de enfermagem obstétrica também como provedora deste apoio. Segundo Onoye et al. (2013), o contato com enfermeiros e outros profissionais de saúde como médicos parece fazer com que a mulher sinta-se apoiada.

Neste âmbito, verifica-se na literatura o quanto a ausência de apoio/suporte tem ligação com a forma de enfrentamento psíquico do período gestacional (FISHER et al., 2012; SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011; THIENGO et al., 2012).

#### 8.1.5 Dados acerca da ansiedade e da depressão

Conforme o objetivo específico 2 (mensurar a presença de ansiedade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Estado de Minas Gerais), apresentam-se os resultados nas Tabelas 15 e 16.



Tabela 15 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as respostas das afirmativas referentes à ansiedade. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Questão	Afirmativas	Respostas	f	%
A1	Eu me sinto tenso ou contraído	(3) A maior parte do tempo	53	25,4
		(2) Boa parte do tempo	16	7,7
		(1) De vez em quando	49	23,4
		(0) Nunca	91	43,5
A3	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	(3) Sim, e de um jeito muito forte	35	16,7
		(2) Sim, mas não tão forte	32	15,3
		(1) Um pouco, mas isso não me preocupa	15	7,2
		(0) Não sinto nada disso	127	60,8
A5	Estou com a cabeça cheia de preocupações	(3) A maior parte do tempo	51	24,4
		(2) Boa parte do tempo	20	9,6
		(1) De vez em quando	49	23,4
		(0) Raramente	89	42,6
A7	Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado	(0) Sim, quase sempre	139	66,5
		(1) Muitas vezes	13	6,2
		(2) Poucas vezes	40	19,1
		(3) Nunca	17	8,1
A9	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como frio na barriga ou aperto no estômago	(3) Quase sempre	20	9,6
		(2) Muitas vezes	14	6,7
		(1) De vez em quando	67	32,1
		(0) Nunca	108	51,7
A11	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum	(3) Sim, demais	26	12,4
		(2) Bastante	36	15,8
		(1) Um pouco	39	18,7
		(0) Não me sinto assim	111	53,1
A13	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	(3) A quase todo momento	2	1,0
		(2) Várias vezes	3	1,4
		(1) De vez em quando	16	7,6
		(0) Não sinto isso	188	90,0

Fonte: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem.

De acordo com os resultados evidenciados na Tabela 15, referente à frequência das afirmativas relativas à ansiedade, constatou-se que as respostas representativas ao escore zero predominaram em todas as afirmativas, variando a frequência e o sentido da resposta. As afirmativas A1 (“Eu me sinto tenso ou

contraído”) e A9 (“Eu tenho uma sensação ruim de medo, como frio na barriga ou aperto no estômago”) tiveram como resposta “nunca” no mínimo em 43,5% (91) e 51,7% (108), respectivamente. As respostas semelhantes “Não sinto nada disso”, “Não me sinto assim” e “Não sinto isso” predominaram nas afirmativas A3 (“Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer”), A11 (“Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum”) e A13 (“De repente, tenho a sensação de entrar em pânico”), respectivamente com 60,8% (127), 53,1% (111), 90 (188). A maioria das gestantes respondeu “raramente” à afirmativa A5 (“Estou com a cabeça cheia de preocupações”), o que correspondeu à 42,6% (89), já na afirmativa A7 (“Conseguo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado”), 66,5% (139) responderam “Sim, quase sempre”.

Com relação a ocorrência da ansiedade baseada nos pontos de corte da escala utilizada, na amostra estudada, 26,8% (56) das mulheres grávidas apresentaram ansiedade (TABELA 16).

Tabela 16 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde segundo a classificação da ansiedade baseada nos pontos de corte. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Classificação da ansiedade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sem ansiedade	153	73,2
Com ansiedade	56	26,8

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem.

Considerando a incidência de ansiedade durante a gravidez, não há dados homogêneos. Estudo realizado no Paquistão (ALI et al., 2012), em Bangladesh (NASRREEN et al., 2011) e em Hong Kong (LEE et al., 2007) que também utilizaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) como instrumento para medir a ansiedade verificaram índices de 20,4%, 29% e de 57% de gestantes ansiosas, respectivamente.

Outros pesquisadores, utilizando instrumentos diversos referem prevalência de ansiedade entre gestantes de 20,7% (VYTHILINGUM et al., 2013), confirmada

pelo estudo de Giardinelli et al. (2012), que apresenta um valor de 20,5%, enquanto Nordeng et al. (2012) verificaram uma porcentagem de 11,8%.

Os prováveis motivos para a variação nos índices pode ser atribuída as diferenças no tamanho e métodos de seleção da amostra, bem como aos instrumentos utilizados para o rastreamento da ansiedade. Além disso, é importante ressaltar que a ocorrência mais alta encontrada no presente estudo em detrimento dos demais que utilizaram outros instrumentos, pode ser explicada pelo fato da HADS ser autoadministrada e em virtude disso, as mulheres provavelmente não se sentiram influenciadas pela pesquisadora e expressaram mais facilmente o que realmente sentem.

Reconhecer e tratar gestantes ansiosas é fundamental considerando que a ansiedade não tratada durante a gravidez pode levar a resultados desfavoráveis para as mulheres e para seus filhos. Complicações da gravidez associadas com a ansiedade incluem ganho de peso inadequado, utilização inadequada do pré-natal, aumento do uso de substâncias de abuso (MONCUSO et al., 2004; RONDÓ et al., 2003), parto prematuro, baixo peso ao nascer (RONDÓ et al., 2003), baixos índices de Apgar (BERLE et al., 2005), sangramento vaginal, ameaça de abortamento, déficit no desenvolvimento fetal (CORREIA; LINHARES, 2007).

Em atendimento ao objetivo específico 3 (mensurar a presença de depressão em gestantes que realizam o pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Estado de Minas Gerais) os resultados estão apresentados nas Tabelas 17 e 18.

Tabela 17 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo as respostas das afirmativas referentes à depressão. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Questões	Afirmativas	Respostas	f	%
D2	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes	(0) Sim, do mesmo jeito que antes	142	67,9
		(1) Não tanto quanto antes	54	25,8
		(2) Só um pouco	8	3,8
		(3) Já não sinto mais prazer em nada	5	2,4
D4	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	(0) Do mesmo jeito que antes	163	78,0
		(1) Atualmente um pouco menos	25	12,0
		(2) Atualmente bem menos	11	5,2
		(3) Não consigo mais	04	4,8
D6	Eu me sinto alegre	(0) A maior parte do tempo	106	50,7
		(1) Muitas vezes	23	11,0
		(2) Poucas vezes	79	37,8
		(3) Nunca	1	0,5
D8	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	(3) Quase sempre	99	47,4
		(2) Muitas vezes	17	8,1
		(1) De vez em quando	40	19,1
		(0) Nunca	53	25,4
D10	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	(3) Completamente	13	6,2
		(2) Não estou mais me cuidando como deveria	37	17,8
		(1) Talvez não tanto quanto antes	21	10,0
		(0) Me cuido do mesmo jeito que antes	138	66,0
D12	Fico esperando, animada, as coisas boas que estão por vir	(0) Do mesmo jeito que antes	184	88,0
		(1) Um pouco menos do que antes	21	10,0
		(2) Bem menos do que antes	2	1,0
		(3) Quase nunca	2	1,0
D14	Sinto prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	(0) Quase sempre	137	65,6
		(1) Várias vezes	14	6,7
		(2) Poucas vezes	43	20,6
		(3) Nunca	15	7,2

Fonte: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem.

De acordo com os resultados referentes à frequência das afirmativas relativas à depressão, evidenciados na Tabela 17, percebeu-se que as afirmativas D2 (“Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes”), D4 (“Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas”), D10 (“Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência”) e D12 (“Fico esperando, animada, as coisas boas que estão por vir”) tiveram respostas com significações semelhantes e escore zero (“Sim, do mesmo jeito que antes”, “Do mesmo jeito que antes”, “Me cuido do mesmo jeito que antes” e “Do mesmo jeito que antes”) que corresponderam à 67,9% (142), 78% (163), 66% (138) e 88 % (184), respectivamente. Da mesma forma, a resposta “quase sempre” que também possui escore zero, esteve presente nas afirmativas D8 (“Eu estou lento para pensar e fazer as coisas”) com 47,4% (99) e D14 (“Sinto prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa”) com 65,6% (137) das respostas das gestantes entrevistadas. Quanto à afirmativa D6 (“Eu me sinto alegre”), 50,7% (106) das sujeitas do estudo responderam “a maior parte do tempo”.

A incidência da depressão, baseada nos pontos de corte da escala utilizada, foi de 14,8% (31) no presente estudo (TABELA 18).

Tabela 18 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a classificação da depressão baseada nos pontos de corte. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Classificação da depressão</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sem depressão	178	85,2
Com depressão	31	14,8

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem.

A presença de depressão durante o período pré-natal investigada por outros pesquisadores apresenta índices que variam entre as investigações e são superiores ao do presente estudo, sendo maiores que 39% (HARTLEY et al., 2011; MANIKKAM; BURNS, 2012; KAAYA et al., 2010) e 47% (ROCHAT et al., 2011). Isso pode, em parte, ser resultado da natureza da amostra selecionada e da metodologia utilizada.

Os efeitos deletérios da depressão durante o período pré-natal que acarretam consequências para a saúde materna e fetal como baixo peso ao nascer, diminuição do escore do Apgar, prematuridade (GROTE et al., 2010), diminuição da circunferência cefálica; desenvolvimento deficiente no primeiro ano de vida e ideação suicida com tentativas de autoextermínio (GIARDINELLI et al., 2012; MARCUS, 2009; PEREIRA, 2009; PEREIRA, 2010; FERRI, et al., 2007) podem ser minimizados se as mulheres forem rastreadas durante a gravidez nos serviços de saúde (KEMP et al., 2011) e tratadas.

Grote et al. (2010) pontuaram que a depressão durante a gravidez, independentemente da medição categórica ou contínua, foi associada a um risco aumentado para a prematuridade. Evidência confirmada por Fransson, Ortenstrand e Hjelmstedt (2011) e Ruiz et al. (2012).

Os objetivos 2 (mensurar a presença de ansiedade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Estado de Minas Gerais) e 3 (mensurar a presença de ansiedade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Estado de Minas Gerais) são também complementados pelos dados apresentados na Tabela 19.

Tabela 19 – Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis para as subescalas de ansiedade e depressão aplicadas em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas - MG, 2013.

<b>Subescala</b>	<b>Pontuação mínima obtida</b>	<b>Pontuação máxima obtida</b>	<b>Média±desvio-padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>Valores possíveis</b>
Ansiedade	0	20	5,63±4,730	5,00	0,327	0 - 21
Depressão	0	16	4,91±3,295	4,00	0,228	0 - 21

Fonte: Da autora.

A análise dos escores contínuos das subescalas de ansiedade e depressão demonstrou que a mediana dos escores de ansiedade foi maior que da depressão, assim como a média. Esses achados confirmam os dados apresentados nas

Tabelas 17 e 19, em que a frequência de gestantes que apresentaram ansiedade é superior ao valor encontrado para a depressão.

Investigações anteriores realizadas com gestantes no Canadá (GRIGORIADIS et al., 2011; BOWEN et al., 2008), no Paquistão (ALI et al., 2012), em Portugal (FIGUEIREDO; CONDE, 2011) e na Hungria (BÖDECS et al., 2009) corroboram com o achado do presente estudo ao evidenciarem taxas superiores de ansiedade durante o gravidez em detrimento da depressão no mesmo período.

Para Falcone et al. (2005), a gravidez pode ser um fator gerador de ansiedade a mais, tornando a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento das perturbações emocionais. Neste contexto, os maiores índices de ansiedade em detrimento da depressão observados no presente estudo podem ser explicados pelo fato dela ser considerada um componente emocional das experiências humanas que acompanha todo o período da gravidez (TEDESCO; ZUGAYB; QUAYLE, 1997).

Com relação ao objetivo 4 (verificar a presença da comorbidade ansiedade/depressão) os resultados estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a presença de comorbidade ansiedade/depressão. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Comorbidade ansiedade/depressão</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Presença de comorbidade	17	8,25
Ausência de comorbidade	192	91,75

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência absoluta; % = frequência em porcentagem.

No presente estudo, 8,25% (17) das gestantes apresentaram ansiedade e depressão concomitantemente (TABELA 20). A presença desta comorbidade não é um novo achado. Pelo contrário, este resultado encontra respaldo na literatura quando se referem a sua presença em gestantes, sendo comum durante o período pré-natal (ANDERSSON et al., 2006; FIELD et al., 2008, FIELD et al., 2010).

Os resultados desta investigação são inferiores ao estudo de Ali et al. (2012), o qual constatou taxa de comorbidade entre ansiedade e depressão de 32,9%,

índice confirmado por Grigoriadis et al. (2011) que evidenciaram taxa de 32,3%. Figueiredo e Conde (2011) também identificaram taxas elevadas de ansiedade e depressão comórbidas, superiores ao do presente estudo.

Embora a taxa da comorbidade ansiedade e depressão tenha sido baixa (8,25%), esta se faz relevante considerando que assim como cada transtorno isoladamente pode acarretar prejuízos ao desenvolvimento da gestação, sua associação também está relacionada a efeitos deletérios à mulher e a seu filho neste período. Segundo Evans, Myers e Monk (2008) as gestantes com comorbidade psiquiátrica experimentam a gravidez com mais dificuldades, uma vez que ela está associada a experiências específicas deste período mais negativas do que em mulheres que possuem apenas depressão ou ansiedade pré-natal.

A ocorrência simultânea de depressão e ansiedade no pré-natal está associada com o início precoce do trabalho de parto e a reduções de peso no recém-nascido (RAHMAN et al., 2007). Além disso, esta comorbidade em gestantes é fator de risco para a depressão pós-parto (PATEL et al., 2006; PEREIRA et al., 2009; PEREIRA et al., 2010).

Ao discorrer sobre comorbidade psiquiátrica na gestação, vale mencionar que tão importante quanto rastrear, diagnosticar e tratar a gestante com um transtorno mental, é a conscientização e a sinalização para os profissionais de saúde envolvidos com o pré-natal que poderá haver um transtorno mental adicional, que também deverá ser adequadamente tratado (ALMEIDA et al., 2012) para que o desenvolvimento da gravidez transcorra harmoniosamente com as mudanças impostas por esse período.



## 8.2 Avaliação da consistência interna das subescalas de ansiedade e depressão e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) total

A Tabela 21 apresenta a avaliação da consistência interna de cada subescala, bem como do instrumento total.

Tabela 21 – Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach das subescalas de ansiedade e depressão e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Total, aplicado em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013.

<b>Instrumento</b>	<b>Itens</b>	<b>Coeficiente Alfa de Cronbach</b>
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	14	0,76
Subescala de Ansiedade (HADS-A)	7	0,76
Subescala de Depressão (HADS-D)	7	0,53

Fonte: Da autora.

Apesar de não existir na literatura consenso acerca da interpretação da confiabilidade obtida pelo coeficiente Alfa de Cronbach, segundo Freitas e Rodrigues (2005) são considerados satisfatórios valores maiores ou iguais a 0,70, contudo resultados maiores que 0,60 também podem ser considerados aceitáveis para os instrumentos.

Para a avaliação da consistência interna do instrumento utilizado, a Subescala Hospitalar de Depressão (HADS-D) apresentou valor de coeficiente Alfa de Cronbach abaixo de 0,7, entretanto, a Subescala Hospitalar de Ansiedade (HADS-A) assim como a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) total apresentaram valores acima deste escore.

Os valores do coeficiente Alfa de Cronbach para a Subescala de Ansiedade e para a de Depressão da versão brasileira foram 0,68 e 0,77, respectivamente, em estudo de validação deste instrumento (BOTEGA et al., 1995). Bjelland et al. (2002) em revisão para avaliar a validade da HADS encontraram coeficientes para

Subescala de Ansiedade variando entre 0,68 e 0,93 e 0,67 e 0,90 para a Subescala de Depressão.

Portanto, no presente estudo, considerou-se boa a consistência da escala e aceitável para os itens avaliados, demonstrando correlação entre eles. Desta forma, evidenciou-se a qualidade e confiabilidade do instrumento utilizado.

### **8.3 Análise dos fatores associados à ansiedade**

Os resultados referentes ao objetivo específico 5 (verificar se existe associação entre as variáveis independentes com a presença de ansiedade em gestantes) encontram-se nas tabelas 22 a 29.

Os dados serão divididos em análise univariada e múltipla.

#### **8.3.1 Análise univariada**

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis “faixa etária”, “escolaridade”, “estado civil”, “crença religiosa”, “renda familiar”, “ocupação” e “tipo de moradia”, está apresentada na tabela 22.

Ao analisar a tabela, evidenciou-se que a única variável que mostrou associação significativa com a ansiedade foi “ocupação” ( $p=0,046$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que as participantes que são donas de casa estão mais propensas a apresentar ansiedade durante o pré-natal do que as gestantes que exercem atividade trabalhista.

Esse achado é corroborado por Claesson, Josefsson e Sydsjö (2010) em estudo que objetivou avaliar a prevalência da ansiedade e depressão entre gestantes e puérperas obesas na Suécia, no qual as gestantes que não exerciam atividade trabalhista apresentaram sintomas de ansiedade mais frequentemente do

que as mulheres que estavam trabalhando. Gourounti, Anagnostopoulos e Lykeridou (2013) também encontraram dados semelhantes em estudo realizado na Grécia.

Tabela 22 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis faixa etária, escolaridade, estado civil, crença religiosa, renda familiar, ocupação e tipo de moradia em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Ansiedade	Com Ansiedade	p	OR	IC 95%
<b>Faixa Etária (anos)</b>					
Entre 20 e 30 anos	97 (72,4%)	37 (27,6%)	0,721 <sup>a</sup>	0,88	0,46 – 1,69
Abaixo de 20 e acima de 30 anos	56 (74,7%)	19 (25,3%)			
<b>Escolaridade</b>					
Além de Fundamental Completo	91 (72,8%)	34 (27,2%)	0,872 <sup>a</sup>	0,95	0,50 – 1,77
Até Fundamental Completo	62 (73,8%)	22 (23,2%)			
<b>Estado Civil</b>					
Com parceiro	142 (72,1%)	55 (27,9%)	0,188 <sup>b</sup>	0,20	0,03 – 1,86
Sem parceiro	11 (91,7%)	1 (8,3%)			
<b>Crença Religiosa</b>					
Com religião	126 (71,2%)	51 (28,8%)	0,121 <sup>a</sup>	0,45	0,16 – 1,25
Sem religião	27 (84,4%)	5 (15,6%)			
<b>Renda Familiar (reais)</b>					
Até 1500 reais	81 (71,7%)	32 (28,3%)	0,793 <sup>a</sup>	1,11	0,50 – 2,47
Acima de 1500 reais	31 (73,8%)	11 (26,2%)			
<b>Ocupação</b>					
Exerce atividade trabalhista	69 (67%)	34 (33%)	0,046 <sup>a*</sup>	0,53	0,28 – 0,99
Do lar	84 (79,2%)	22 (20,8%)			
<b>Tipo de Moradia</b>					
Casa alugada/cedida	51 (70,8%)	21 (29,2%)	0,575 <sup>a</sup>	1,20	0,63 – 2,26
Casa própria	102 (74,5%)	35 (25,5%)			

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ .

Almeida et al. (2012) pontuam que o fato da gestante não exercer atividade trabalhista também esteve associado em seu estudo ao maior risco de apresentar um provável diagnóstico de transtorno mental.

Entre os aspectos condizentes ao trabalho doméstico associado à saúde mental feminina, ressalta-se que a monotonia da rotina doméstica, aliada a pouca possibilidade de mudança, pode ser um determinante para a ocorrência de transtornos mentais (ARAÚJO et al., 2006), uma vez que acarreta frustrações para as mulheres que almejam realização profissional e não buscam, por motivos diversos, formas de realizar o que desejam (DYTZ; LIMA; ROCHA, 2003).

Soma-se a essas constatações o fato de que a falta de lazer e distração, predominantes na rotina doméstica, desmotivam muitas mulheres e as fazem sentirem-se prisioneiras em seu lar (DYTZ; LIMA; ROCHA, 2003), fato que poderia contribuir para o desenvolvimento da ansiedade.

Além disso, no contexto de uma gravidez, é possível que a gestante dona de casa esteja preocupada com o futuro, no que diz respeito à falta de emprego aliada ao aumento da família, o que poderia levar a sintomas de ansiedade.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis “idade gestacional (trimestre)” está apresentada na tabela 23. Ressalta-se que esse resultado contempla também o objetivo específico 6 (comparar a presença da ansiedade entre os trimestres da gestação).

Tabela 23 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo a variável idade gestacional (trimestre) em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Idade gestacional (trimestre)</b>	<b>Sem Ansiedade</b>	<b>Com Ansiedade</b>	<b>p</b>
1º trimestre	34 (22,2%)	10 (17,9%)	0,755 <sup>a</sup>
2º trimestre	60 (39,2%)	22 (39,3%)	
3º trimestre	59 (38,6%)	24 (42,9%)	
Total	153 (100%)	56 (100%)	

Fonte: Da autora.

Nota: <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson).

A variável idade gestacional (trimestre) não apresentou associação significativa com a ansiedade ( $P > 0,05$ ). Entretanto, constatou-se que a ansiedade foi mais frequente no terceiro trimestre da gravidez, com 42,9% (24) das mulheres investigadas, seguido do segundo trimestre com percentual de 39,3% (22).

Esses achados são semelhantes aos encontrados por outros pesquisadores. Onoye et al. (2013) em estudo de análise da ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático na gravidez e no período pós-parto realizado no Havaí, constataram que os escores de ansiedade também foram maiores durante o terceiro trimestre de gestação. Figueiredo e Conte (2011), em estudo realizado em Portugal também, confirmaram a prevalência de transtornos de ansiedade no último trimestre da gestação, assim como Giardinelli et al. (2012).

Índices maiores de ansiedade no terceiro trimestre da gestação podem estar relacionados à proximidade com o parto, como evidenciado por Andajani-Sutkahjo et al. (2007) em estudo realizado na Indonésia. Figueiredo e Conde (2011) pontuam ainda que o terceiro trimestre da gestação é particularmente exigente para as mulheres em virtude desta proximidade.

Isso pode ser explicado pelo fato da gravidez e do parto serem percebidos por algumas gestantes como momentos de vulnerabilidade, capazes de desencadear na mulher sentimentos de medo (HANLON et al., 2010). Com a aproximação do momento do nascimento do filho, embora esperado durante toda a gestação, esse sentimento de medo pode exacerbar-se, predispondo a gestante a alterações em seu bem estar psíquico como evidenciado por Nordeng et al. (2012) que relataram em seu estudo que mulheres com medo do parto podem ter maior risco de desenvolvimento de ansiedade durante a gravidez.

Onoye et al. (2013) e Zelkowitz et al. (2008) ressaltam que especial atenção deve ser dada ao potencial de exacerbação dos sintomas psíquicos no terceiro trimestre da gestação por meio de triagem e monitoramento das oscilações de sintomas durante todo o curso da gravidez, considerando que a sua ocorrência no período pré-natal possa ser preditora para a reincidência no pós-parto ou para outros problemas de saúde mental.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis “dificuldade para engravidar”, “realização de tratamento para engravidar”, “classificação quanto ao número de gestações”, “histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro”, “presença de complicações em gestações anteriores”, “presença de complicações na gestação atual”, “desejo materno em relação à

gravidez”, “desejo paterno em relação à gravidez”, “apoio do parceiro à gravidez”, “apoio familiar à gravidez” está apresentada na Tabela 24.

Tabela 24 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, presença de complicações em gestações anteriores, presença de complicações na gestação atual, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Ansiedade	Com Ansiedade	p	OR	IC 95%
(continua)					
<b>Dificuldade para engravidar</b>					
Sim	12 (63,2%)	7 (36,8%)	0,300 <sup>a</sup>	1,67	0,62 – 4,50
Não	141 (74,2%)	49 (25,8%)		1,00	
<b>Realização de tratamento para engravidar</b>					
Sim	8 (80%)	2 (20%)	1,000 <sup>b</sup>	1,00	0,13 – 3,26
Não	145 (72,9%)	54 (27,1%)		0,67	
<b>Classificação quanto ao número de gestações</b>					
Primigesta	53 (76,8%)	16 (23,2%)	0,409 <sup>a</sup>	1,00	0,38 – 1,47
Multigesta	100 (71,4%)	40 (28,6%)		0,75	
<b>Histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro</b>					
Sim	30 (61,2%)	29 (38,8%)	0,050 <sup>a*</sup>	2,11	0,99 – 4,48
Não	70 (76,9%)	21 (23,1%)		1,00	
<b>Presença de complicações em gestações anteriores</b>					
Sim	40 (60,6%)	26 (39,4%)	0,007 <sup>a*</sup>	2,78	1,29 – 5,97
Não	60 (81,8%)	14 (18,2%)		1,00	
<b>Presença de complicações em gestações atual</b>					
Sim	38 (70,4%)	16 (29,6%)	0,585 <sup>a</sup>	1,21	0,61 – 2,40
Não	115 (74,2%)	40 (25,8%)		1,00	
<b>Planejamento da gravidez atual</b>					
Sim	68 (75,6%)	22 (24,4%)	0,505 <sup>a</sup>	1,00	
Não	85 (71,4%)	34 (28,6%)		1,23	0,66 – 2,30

Tabela 24 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, presença de complicações em gestações anteriores, presença de complicações na gestação atual, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável			p	OR	(conclusão)	
	Sem Ansiedade	Com Ansiedade			IC 95%	
<b>Desejo materno em relação à gravidez</b>						
Sim	153 (74,3%)	53 (25,7%)	0,018 <sup>b*</sup>	**		
Não	0 (0%)	3 (100%)				
<b>Desejo paterno em relação à gravidez</b>						
Sim	153 (73%)	54 (27%)	0,071 <sup>b</sup>	**		
Não	0 (0%)	2 (100%)				
<b>Apoio do parceiro à gravidez</b>						
Sim	153 (73,9%)	54 (26,1%)	0,071 <sup>b</sup>	**		
Não	0 (0%)	2 (100%)				
<b>Apoio familiar à gravidez</b>						
Sim	152 (73,4%)	55 (26,6%)	0,465 <sup>b</sup>	1,00		
Não	1 (50%)	1 (50%)			2,76	0,17 – 44,94

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ ; \*\*Impossibilidade de Cálculo do OR.

Ao analisá-la constatou-se que as variáveis “histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro” ( $p=0,050$ ), presença de complicações em gestações anteriores” ( $p=0,007$ ) e “desejo materno em relação à gravidez” ( $p=0,018$ ) apresentaram associação significativa com a ansiedade.

Pela razão de chances, observou-se que as mulheres investigadas que tinham um histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro e que tiveram complicações em gestações anteriores têm maior chance de apresentar ansiedade durante o pré-natal do que as participantes que não tiveram.

Os achados da presente investigação são apoiados por um estudo de revisão sobre os fatores de risco para ansiedade na gravidez com consequentes implicações para a saúde e bem-estar materno, segundo o qual, a associação entre a presença de ansiedade no período pré-natal e complicações em gestações anteriores, nestas

incluídas a vivência de um abortamento/ameaça de parto prematuro, reflete o impacto de gestações prévias na maneira como a mulher vivencia a gestação em curso, de modo que a história de complicações em gestações passadas tem efeito negativo traduzido invariavelmente na acentuação dos níveis de ansiedade na presente gravidez (CONDE; FIGUEIREDO, 2003).

Além disso, em gestantes que vivenciaram uma gravidez passada com complicações, o sofrimento e a angústia de que o mesmo ocorra novamente aliado ao medo de não conseguirem realizar o sonho da maternidade em virtude de um novo aborto se tornam mais evidentes (COSTA, 2002), o que pode levar ao desenvolvimento de ansiedade neste período.

No que se refere ao desejo da mulher em relação à gravidez, é relevante mencionar que a ocorrência de uma gestação não desejada pode contribuir para uma má adaptação psicológica, responsável pelo desenvolvimento da ansiedade durante a gravidez. Fato este evidenciado pelo estudo de Hanlon et al. (2010) realizado em uma área rural da Etiópia para averiguar o sofrimento mental pré-natal, que corrobora os dados deste estudo ao constatarem a associação entre o desejo materno em relação à gravidez e a maior propensão ao desencadeamento de distúrbios emocionais como sentimentos de angústia e infelicidade. Estes sentimentos, associados a outros fatores, podem representar gatilhos potenciais para o desenvolvimento de transtornos mentais em gestantes, dando uma indicação do impacto profundo de uma gravidez indesejada sobre a saúde mental da mulher.

Vythilingum et al. (2013), em estudo realizado na Cidade do Cabo, África do Sul, junto a gestantes que possuem transtorno de ansiedade ou depressão, constataram que a gravidez não desejada pela mulher é um fator de risco para transtornos mentais, tanto no período pré-natal como no pós-parto. Evidência corroborada em revisão realizada por Fisher et al. (2012) sobre a prevalência e determinantes dos transtornos mentais perinatais comuns em mulheres de países de baixa renda.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis “número de gestações”, “número de partos”, “número de abortamentos”, “número de ameaças de parto prematuro”, “número de filhos vivos” está apresentada na Tabela 25.



Tabela 25 – Valores das médias e/ou ranks médios e valores de p para a associação entre ansiedade e as variáveis número de partos, número de abortamentos, número de ameaças de parto prematuro, número de filhos vivos em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Média dos Ranks		p <sup>c</sup>
	Sem ansiedade	Com ansiedade	
Número de partos	66,62	62,46	0,514
Número de abortamentos	22,60	17,00	0,026*
Número de ameaças de parto prematuro	5,00	5,00	1,000
Número de filhos vivos	104,79	105,57	0,930

Fonte: Da autora

Nota: <sup>c</sup> = Aplicação do Teste Mann-Whitney; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$

Observou-se que apenas a variável “número de abortamentos” apresentou associação significativa com a ansiedade ( $p=0,026$ ).

Pela média dos ranks, ao contrário do esperado, observou-se, neste estudo, uma relação inversa entre o número de abortamentos e a presença da ansiedade na gestação, de maneira que se constatou que as gestantes que tiveram mais abortamentos em gestações anteriores (rank médio = 22,60) não apresentaram ansiedade.

O resultado apresentado não tem sido confirmado em outros estudos. Em investigação realizada em São Paulo, o número de abortos anteriores não apresentou associação significativa com o desenvolvimento da ansiedade durante a gravidez (FAISAL-CURY; MENEZES, 2007).

Uma possível explicação para achados controversos e inesperados seria a configuração sócio-cultural da sociedade em que a amostra estudada está inserida. Desta forma, segundo Faisal-Cury e Menezes (2007) algumas variáveis podem atuar como estressores em uma população investigada e em outra não.

Nessas situações, é relevante reafirmar também a importância de se considerar a complexidade do fenômeno em estudo, ponderando sobre o efeito de outras variáveis no desenvolvimento da ansiedade durante a gestação.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis “tabagismo”, “quantidade de cigarros consumidos por dia”, “consumo de

bebida alcoólica”, “uso de drogas”, “presença de problemas de saúde”, “uso de medicamentos diários” está apresentada na Tabela 26.

Tabela 26 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, uso de drogas, presença de problemas de saúde, uso de medicamentos diários em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Ansiedade	Com Ansiedade	p	OR	IC 95%
<b>Tabagismo</b>					
Sim	17 (70,8%)	7 (29,2%)	0,780 <sup>a</sup>	1,14	0,44 – 2,92
Não	136 (73,5%)	49 (26,5%)		1,00	
<b>Quantidade de cigarros consumidos por dia</b>					
Até 10 cigarros	14 (93,3%)	1 (6,7%)	0,004 <sup>b*</sup>	1,00	2,39 – 326,73
Acima de 10 cigarros	3 (33,3%)	6 (66,7%)		28,00	
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>					
Sim	9 (60%)	6 (40%)	0,237 <sup>b</sup>	1,92	0,65 – 5,66
Não	144 (74,2%)	50 (25,8%)		1,00	
<b>Uso de drogas</b>					
Sim	1 (20%)	4 (80%)	0,019 <sup>b*</sup>	11,69	1,27 – 106,99
Não	152 (74,5%)	52 (25,5%)		1,00	
<b>Presença de Problemas de Saúde</b>					
Sim	15 (60%)	10 (40%)	0,112 <sup>a</sup>	2,00	0,84 – 4,75
Não	138 (75%)	46 (25%)		1,00	
<b>Uso de Medicamentos Diários</b>					
Sim	9 (64,3%)	5 (35,7%)	0,532 <sup>b</sup>	1,56	0,50 – 4,89
Não	144 (73,8%)	51 (26,2%)		1,00	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ .

Constatou-se que as variáveis “quantidade de cigarros consumidos por dia” e “uso de drogas” apresentaram associação significativa com a ansiedade com valor de  $p$  igual a 0,004 e 0,019, respectivamente.

Pela razão de chances, observou-se que as gestantes que consomem acima de dez cigarros por dia e as que informaram fazer uso de drogas têm maior chance de apresentar ansiedade durante o pré-natal.

A associação entre o maior número de cigarros consumidos por dia e a presença ansiedade, também foi descrita por Munaretti e Terra (2007) em estudo sobre a prevalência e comorbidade dos transtornos de ansiedade com tabagismo.

Segundo um estudo de revisão, a nicotina tem efeito ansiolítico e o cigarro pode ser usado como uma estratégia de enfrentamento dos sintomas ansiosos (MORISSETTE et al., 2007). Ademais, para alguns pesquisadores, o ato de fumar aumenta a sensação de bem-estar e é utilizado como uma ferramenta para lidar com situações de estresse (GOEDHART et al., 2009). Neste sentido, o maior número de cigarros consumidos por dia pelas gestantes pode ser uma consequência da ansiedade desencadeada na gravidez e também pelas mudanças e situações geradoras de estresse que ela perpassa neste período.

Apesar da associação encontrada entre número de cigarros consumidos por dia pela gestante e o desenvolvimento da ansiedade durante a gestação, não é possível estabelecer, neste estudo, relações de causalidade, uma vez que, por se tratar de um estudo transversal e não um estudo longitudinal, não é possível inferir se foi a ansiedade desenvolvida durante a gestação que contribuiu para o maior consumo de cigarros por dia ou o contrário.

Cabe ressaltar que a manutenção do vício e a maior quantidade de cigarros consumidos por dia, pode demonstrar, segundo Munarretti e Terra (2007), uma indiferença da gestante sobre a sua saúde e a de seu filho, uma vez que mesmo ciente dos riscos associados ao tabagismo continua a fumar.

Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação da equipe de enfermagem obstétrica junto à gestante tabagista, considerando o pré-natal como um momento oportuno para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que visem à realização do tratamento adequado para o abandono do vício e prevenção da instalação de dependência ao tabaco.

No que se refere ao uso de drogas, dado semelhante ao do presente estudo foi relatado por Massey et al. (2011) ao evidenciarem que gestantes usuárias de drogas apresentaram significativamente maiores índices de ansiedade.

Embora seja esperado que durante a gravidez a mulher adquira comportamentos que contribuam para a sua saúde e a de seu filho que está para nascer, a manutenção de comportamentos desviantes como o uso de álcool e drogas é uma realidade entre muitas gestantes. Neste sentido, o desenvolvimento da ansiedade pode estar associado aos mecanismos que a droga utilizada desencadeia no organismo dos usuários.

Em sentido contrário, também é possível que fatores relacionados com a gravidez em si como as mudanças inerentes a este período contribuam para o desenvolvimento da ansiedade e esta condição motive o consumo de drogas entre as gestantes (MASSEY et al., 2011). A ansiedade, assim como a depressão, é fator de risco para o uso abusivo de substâncias, configurando-se como os transtornos mais comumente relacionados à dependência química (PEUKER et al., 2010; CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade e as variáveis “histórico de transtorno mental” e “realização de tratamento para o transtorno mental” está apresentada na Tabela 27.

Tabela 27 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis histórico de transtorno mental e realização de tratamento para o transtorno mental em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Ansiedade	Com Ansiedade	p	OR	IC 95%
<b>Histórico de Transtorno Mental</b>					
Sim	27 (64,3%)	15 (35,7%)	0,144 <sup>a</sup>	1,70	0,82 – 3,51
Não	126 (75,4%)	41 (24,6%)		1,00	
<b>Realização de Tratamento para o Transtorno Mental</b>					
Sim	16 (64,7%)	9 (35,3%)	0,963 <sup>a</sup>	0,97	0,26 – 3,51
Não	11 (64%)	6 (36%)		1,00	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ .

No presente estudo verificou-se que a ansiedade na gravidez é independente do histórico de transtorno mental e da realização de tratamento para o transtorno mental, uma vez que estas variáveis não apresentaram associação significativa com a ansiedade ( $P > 0,05$ ). No entanto, estudos demonstraram a relação entre estas variáveis inferindo o passado psicopatológico da mulher e não realização de tratamento psiquiátrico como fatores de risco para a recorrência de transtornos mentais no período pré-natal. Giardinelli et al. (2012) evidenciaram que a história de transtorno psiquiátrico antes da gravidez é um dos fatores de risco mais fortes para o desenvolvimento da ansiedade. Da mesma forma, Faisal-Cury et al. (2009) detectaram em seu estudo realizado em São Paulo que gestantes com histórico de tratamento psiquiátrico possuíam risco 80% maior de desenvolver transtornos mentais comuns durante a gravidez, entre eles a ansiedade. Vythilingum et al. (2013) e Pereira et al. (2010) identificaram uma associação entre transtorno mental vivido no passado e a presença de ansiedade ou depressão entre as gestantes investigadas.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida”, “histórico de violência doméstica”, “ocorrência de violência doméstica atualmente”, “presença de suporte social”, “presença de conflitos conjugais” e “relações interpessoais satisfatórias”, “presença de suporte social” está descrita na Tabela 28.

Estas variáveis supracitadas não mostraram associação significativa com a ansiedade ( $P > 0,05$ ), o que sugere que o desenvolvimento da ansiedade independe de tais fatores, embora se acredite que a ocorrência de um evento marcante no decorrer dos últimos 12 meses poderia causar desfechos negativos na saúde mental de gestantes, como o desenvolvimento da ansiedade, em função do desgaste físico e psíquico envolvidos. No entanto, pesquisa realizada por Esper e Furtado (2010) constatou a relação direta entre a ocorrência de eventos marcantes de vida e o risco de morbidade psiquiátrica na gestação, observando que quanto maior o número de eventos, maior o número de sintomas psiquiátricos encontrados.

Em relação à violência doméstica, a gravidez tem sido identificada como um momento de alto risco para as mulheres vítimas dela (GARTLAND et al., 2011), com cada vez mais evidências de que a violência é geradora de ansiedade e estresse

materno durante a gestação, o que pode ter um impacto negativo a longo prazo sobre o feto e a criança (GLOVER; O'CONNOR, 2006). O mesmo foi evidenciado por Shamu et al. (2011), em estudo realizado na África, em que identificaram a violência de gênero como fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtornos mentais como a ansiedade durante a gravidez.

Tabela 28 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis ocorrência de evento marcante na vida, presença de conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, ocorrência de violência doméstica atualmente, presença de relações interpessoais satisfatórias, presença de suporte social em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Ansiedade	Com Ansiedade	p	OR	IC 95%
<b>Ocorrência de evento marcante na vida</b>					
Sim	46 (65,7%)	24 (35,3%)	0,083 <sup>a</sup>	1,74	0,92 – 3,28
Não	107 (77%)	32 (23%)		1,00	
<b>Ocorrência de conflitos conjugais</b>					
Sim	16 (64%)	9 (36%)	0,335 <sup>a</sup>	1,54	0,63 – 7,32
Não	126 (73,3%)	46 (26,7%)		1,00	
<b>Histórico de violência doméstica</b>					
Sim	14 (66,7%)	7 (33,3%)	0,476 <sup>a</sup>	1,41	0,54 – 3,71
Não	139 (73,9%)	49 (26,1%)		1,00	
<b>Ocorrência de violência doméstica atualmente</b>					
Sim	0 (0%)	1 (100%)	0,268 <sup>b</sup>	**	
Não	153 (73,6%)	55 (23,4%)			
<b>Presença de relações interpessoais satisfatórias</b>					
Sim	140 (74,9%)	47 (25,1%)	0,114 <sup>a</sup>	1,00	0,82 – 5,13
Não	13 (59,1%)	9 (40,9%)		2,06	
<b>Presença de apoio/suporte social</b>					
Sim	96 (75,6%)	31 (24,4%)	0,333 <sup>a</sup>	1,00	0,73 – 2,52
Não	57 (69,5%)	25 (30,5%)		1,35	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ ; \*\*Impossibilidade de Cálculo do OR.

Referente às relações interpessoais satisfatórias, Fisher et al. (2010) reitera que a qualidade dos relacionamentos da mulher grávida é um dos principais determinantes para a saúde mental perinatal. Os autores avaliaram a qualidade dos relacionamentos por meio da empatia e confiança e constataram que relações em que há o estabelecimento destes fatores são protetoras para o bem estar psicológico já relacionamentos interpessoais insatisfatórios com experiências de críticas podem aumentar o risco de problemas mentais.

No que condiz ao apoio/suporte social, estudos de Glover e O'Connor (2002) e de Egliston, Catherine e Marie-Paule (2007) evidenciaram a associação entre esta variável com a ansiedade gestacional, inferindo que o apoio/suporte social quando ofertado de forma adequada durante a gestação, favorece a diminuição da ansiedade que pode se desenvolver no período pré-natal. Outras investigações também demonstram que a ausência deste pode acarretar no aumento do risco de transtornos mentais menores, tais como ansiedade e depressão (PEREIRA et al., 2010; THIENGO et al., 2012).

A respeito da ocorrência de conflitos conjugais, Lancaster et al. (2010) referem que a satisfação conjugal, fator intimamente relacionado a esta variável, pode ser responsável por um significativo montante da variação no estado psíquico das mulheres grávidas.

Conflitos conjugais podem desencadear situações geradoras de estresse que no contexto de uma gravidez quando as emoções afloram-se, pode exacerbar-se e contribuir para o desenvolvimento da ansiedade. Neste sentido, a sua ausência ou menor ocorrência pode contribuir para a manutenção do bem estar psicológico da gestante, fato este confirmado por Fisher et al. (2010) que evidenciaram a associação entre a vivência de um casamento eficaz e o menor índice de transtornos mentais perinatais comuns, entre eles a ansiedade.

### 8.3.2 Análise múltipla

Todas as variáveis que apresentaram associação significativa ( $P \leq 0,05$ ) na análise univariada (ocupação, presença de complicações em gestações anteriores, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, desejo materno em relação à gravidez, número de abortamentos, quantidade de cigarros consumidos por dia e uso de drogas) foram incluídas no modelo de regressão logística, mas apenas a variável “quantidade de cigarros consumidos por dia” permaneceu significativa ao nível de 5% no modelo final, conforme apresentado na Tabela 29.

Tabela 29 – Análise múltipla dos fatores associados à ansiedade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo o modelo de regressão logística. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Quantidade de cigarros consumidos por dia</b>	<b>Estimativa</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Número de cigarros	3,332	1,254	0,008	28,000	2,39 – 326,73
Constante	- 2,639	1,035	0,011	0,071	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança.

Com relação ao modelo, uma gestante que fuma acima de 10 cigarros por dia tem 28 vezes mais chance de apresentar ansiedade que aquela que fuma até 10 cigarros, sendo que essa chance pode variar na população total entre 2,399 e 326,735.

Esse achado confirma a associação univariada entre o número de cigarros consumidos por dia e a presença de ansiedade já relatada no presente estudo e corroborada pela investigação de Munaretti e Terra (2007).



## 8.4 Análise dos fatores associados à depressão

Os resultados referentes ao objetivo específico 5 (verificar se existe associação entre as variáveis independentes com a presença de depressão em gestantes) encontram-se demonstrados nas Tabelas 30 a 36.

Os dados serão divididos em análise univariada e múltipla.

### 8.4.1 Análise univariada

A análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis “faixa etária”, “escolaridade”, “estado civil”, “crença religiosa”, “renda familiar”, “ocupação” e “tipo de moradia”, está apresentada na Tabela 30.

Observou-se que nenhuma variável analisada (faixa etária, escolaridade, estado civil, crença religiosa, renda familiar, ocupação e tipo de moradia) mostrou associação significativa com a depressão ( $P > 0,05$ ).

Assim como outros problemas de saúde, a ocorrência de transtornos mentais durante a gestação, como a depressão, deve ser incluída em uma abordagem multifatorial. Neste contexto, Rich-Edwards et al. (2006) ressaltam que resultados diferentes entre os estudos podem refletir além de diferenças nas características da população e ferramentas de triagem, as diferenças demográficas que são, por sua vez, relacionadas aos sintomas depressivos.

Os achados do presente estudo são corroborados por outros pesquisadores, uma vez que em suas investigações a ocorrência da depressão pré-natal mostrou-se independente da faixa etária, escolaridade, estado civil (GOUROUNTI et al., 2013; PEREIRA et al., 2010), nível econômico e ocupação (PEREIRA et al., 2010).

Tabela 30 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo às variáveis faixa etária, escolaridade, estado civil, crença religiosa, renda familiar, ocupação e tipo de moradia em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013. (n=209).

Variável	Sem Depressão	Com Depressão	p	OR	IC 95%
<b>Faixa Etária (anos)</b>					
Entre 20 e 30	115 (85,8%)	19 (14,2%)	0,722 <sup>a</sup>	1,00	0,52 – 2,52
Abaixo de 20 e acima de 30	63 (84%)	12 (16%)		1,15	
<b>Escolaridade</b>					
Até Fundamental Completo	67 (79,8%)	17 (20,2%)	0,071 <sup>a</sup>	2,01	0,93 – 4,34
Além de Fundamental Completo	111 (88,8%)	14 (11,2%)		1,00	
<b>Estado Civil</b>					
Com parceiro	167(84,8%)	30 (15,2%)	1,000 <sup>b</sup>	0,50	0,06 – 4,06
Sem parceiro	11(91,7%)	1(8,3%)		1,00	
<b>Crença Religiosa</b>					
Com religião	150 (84,7%)	27 (15,3%)	0,794 <sup>b</sup>	0,79	0,25 – 2,44
Sem religião	28 (87,5%)	4 (15,5%)		1,00	
<b>Renda Familiar (reais)</b>					
Até 1500 reais	96 (85%)	17 (15%)	0,619 <sup>a</sup>	1,31	0,45 – 3,80
Acima de 1500 reais	37 (81,1%)	5 (11,9%)		1,00	
<b>Ocupação</b>					
Do lar	87 (82,1%)	19 (17,9%)	0,202 <sup>a</sup>	1,65	0,75 – 3,61
Exerce atividade trabalhista	91 (88,3%)	12 (11,7%)		1,00	
<b>Tipo de Moradia</b>					
Casa própria	118 (81,6%)	19 (13,9%)	0,589 <sup>a</sup>	1,00	0,56 – 2,72
Casa alugada/cedida	60 (83,3%)	12 (16,7%)		1,24	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ .

Fortner et al. (2011) em estudo sobre os fatores de risco para os sintomas depressivos entre grávidas hispânicas também não evidenciaram associação entre a faixa etária e a ocorrência da depressão na gestação, porém verificaram a relação significativa entre estado civil, escolaridade e renda, de modo que as gestantes que eram solteiras e possuíam menores níveis de escolaridade e renda familiar tiveram maior risco de apresentar o transtorno. Mas os resultados do presente estudo não confirmam essa associação.

A relação entre a idade e a ocorrência da depressão é conhecida na literatura. Rombaldi et al. (2010) pontuam que a frequência de transtornos mentais menores como a depressão aumenta com a idade, o que pode estar relacionado segundo Costa et al. (2002) ao fato do envelhecimento estar associado a maior exposição a doenças crônicas não transmissíveis e a eventos psicossociais como o luto, separações conjugais, perda de emprego. No entanto, a evidência de que idosos têm uma prevalência menor de depressão do que os adultos com menor idade também é demonstrada na literatura (FISKE; LOEBACHWETHERELL; GATZ, 2009).

Quanto à escolaridade, a literatura pontua que o baixo nível educacional é fator de risco para a depressão durante a gestação (FAISAL-CURY et al., 2009, SILVA et al., 2010a).

A relação entre estas variáveis poderia estar associada ao fato de que a educação, inferida na escolaridade, permeia a aquisição de conhecimentos mediadores de comportamentos de saúde.

No que se refere ao estado civil, estudos pontuam que a ausência de companheiro é um fator de risco para a depressão entre gestantes (SILVA et al., 2010a; LEIGH; MILGROM, 2008; VESGA-LÓPES et al., 2008; FAISAL-CURY et al., 2009). Evidência não confirmada no presente estudo, entretanto, que poderia ocorrer, segundo Silva et al. (2010a), devido a ausência de apoio emocional e social proporcionada pelo companheiro.

No tocante a crença religiosa, os resultados dessa investigação estão em consonância com a pesquisa de Silva, Ronzani e Furtado (2009) na qual também não houve associação entre essa variável e a depressão. No entanto, a associação entre a religião e depressão é consistente na literatura, com estudos demonstrando que pessoas mais religiosas apresentam maior bem estar psicológico e menores índices de depressão (DALGALARRONDO, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Para Dalgalarondo (2006) é possível que vários fatores como o apoio social dos grupos religiosos, a disponibilidade de um sistema de crenças que propiciem sentido à vida e ao sofrimento, o incentivo a comportamentos saudáveis e estilo de vida que favoreçam a saúde interajam sobre a relação entre a crença religiosa e a saúde mental.

Quanto à renda familiar a literatura demonstra que o nível econômico pode estar associado à depressão, o que evidencia, segundo Rombaldi et al. (2010), que as condições de vida do indivíduo são determinantes para a ocorrência desse distúrbio.

Em estudo de Gourounti et al. (2013) gestantes gregas com baixo nível de renda tiveram maior incidência de depressão, o que sugere que o poderio econômico mais baixo poderia predispor a gestante a maiores situações adversas em decorrência da instabilidade econômica, o que poderia afetar o seu bem estar psíquico e contribuir para o aparecimento da depressão.

Em relação à ocupação, investigação italiana evidenciou que gestantes que não exerciam atividade trabalhista possuíam um risco maior de apresentar depressão pré-natal (GIARDINELLI et al., 2012). Isso poderia estar associado à ausência de renda decorrente do trabalho e às implicações que esta acarreta ao bem estar psicológico anteriormente discutido, além do isolamento da gestante que por não trabalhar passa mais tempo em casa.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e à variável “idade gestacional (trimestre)” está apresentada na Tabela 31. Ressalta-se que este resultado contempla também o objetivo 7 (comparar a presença de depressão entre os trimestres da gestação).

Tabela 31 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo a variável idade gestacional (trimestre) em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

<b>Idade gestacional (trimestre)</b>	<b>Sem Depressão</b>	<b>Com Depressão</b>	<b>p</b>
1º trimestre	39 (21,9%)	5 (16,1%)	0,507 <sup>a</sup>
2º trimestre	67 (37,6%)	15 (48,4%)	
3º trimestre	72 (40,4%)	11 (35,5%)	
Total	178 (100%)	31 (100%)	

Fonte: Da autora.

Nota: <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson).

A variável idade gestacional (trimestre) não apresentou associação significativa com a depressão ( $P > 0,05$ ).

Contrariamente a outros estudos (FIGUEIREDO; CONDE, 2011; ONOYE et al., 2013; GIARDINELLI et al., 2012), constatou-se que a depressão foi mais frequente no segundo trimestre com 48,4% (15) das gestantes.

Bennett et al. (2004) também verificaram que a prevalência de depressão durante a gravidez foi maior no segundo trimestre. A maior ocorrência da depressão no segundo trimestre gestacional pode estar associada às mudanças ocorridas neste período.

É no segundo trimestre que a gestante percebe alterações mais concretas em seu corpo (TEDESCO, 2002), o que poderá acarretar preocupações e medo de não voltar à forma física anterior e insegurança quanto ao futuro do relacionamento conjugal (PICCININI et al., 2008). Neste período também a futura mãe se mostra com maior necessidade de afeto, cuidado e proteção (MELO; LIMA, 2000), carências essas que podem acarreta desajustes psíquicos como a depressão.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “dificuldade para engravidar”, “realização de tratamento para engravidar”, “número de gestações”, “histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro”, “presença de complicações em gestações anteriores”, “presença de complicações na gestação atual”, “desejo materno em relação à gravidez”, “desejo paterno em relação à gravidez”, “apoio do parceiro à gravidez”, “apoio familiar à gravidez” está apresentada na Tabela 32.

Constatou-se que as variáveis “classificação quanto ao número de gestações” ( $p=0,010$ ) e “apoio familiar à gravidez” ( $p=0,021$ ) apresentaram associação significativa com a depressão.

Pela razão de chances, observou-se que as participantes primigestas têm maior chance de apresentar depressão durante o pré-natal do que as multigestas. Evidência não corroborada por Pereira et al. (2010) que verificaram em seu estudo que a ocorrência da depressão durante a gravidez independe da classificação quanto ao número de gestações.

Tabela 32 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, presença de complicações em gestações anteriores, presença de complicações na gestação atual, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Depressão	Com Depressão	p	OR	IC 95%
(continua)					
<b>Dificuldade para engravidar</b>					
Sim	17 (90,5%)	2 (9,5%)	0,745 <sup>b</sup>	1,00	0,14 – 2,97
Não	161 (89,5%)	29 (10,5%)		0,65	
<b>Realização de tratamento para engravidar</b>					
Sim	11 (90%)	1 (10%)	1,000 <sup>b</sup>	1,00	0,07 – 5,12
Não	169 (84,9%)	30 (15,1%)		0,62	
<b>Classificação quanto ao número de gestações</b>					
Primigesta	65 (94,2%)	4 (5,8%)	0,010 <sup>a*</sup>	1,00	0,08 – 0,76
Multigesta	113 (80,7%)	27 (19,3%)		0,25	
<b>Histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro</b>					
Sim	39 (79,6%)	10 (20,4%)	0,805 <sup>a</sup>	1,11	0,46 – 2,67
Não	74 (81,3%)	17 (18,7%)		1,00	
<b>Presença de complicações em gestações anteriores<sup>c</sup></b>					
Sim	52 (78,8%)	14 (21,2%)	0,585 <sup>a</sup>	1,26	0,545 – 2,928
Não	61 (82,4%)	13 (17,6%)		1,00	
<b>Presença de complicações na gestações atual</b>					
Sim	44 (81,5%)	10 (18,5%)	0,376 <sup>a</sup>	1,45	0,63 – 3,31
Não	134 (86,5%)	21 (13,5%)		1,00	
<b>Planejamento da gravidez atual</b>					
Sim	81 (90%)	9 (10%)	0,087 <sup>a</sup>	1,00	
Não	97 (81,5%)	22 (18,5%)		2,04	0,89 – 4,68
<b>Desejo materno em relação à gravidez</b>					
Sim	176 (85,4%)	30 (14,6%)	0,384 <sup>b</sup>	1,00	
Não	2 (66,7%)	1 (33,3%)		2,93	0,25 – 33,36

Tabela 32 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis dificuldade para engravidar, realização de tratamento para engravidar, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, presença de complicações em gestações anteriores, presença de complicações na gestação atual, desejo materno em relação à gravidez, desejo paterno em relação à gravidez, apoio do parceiro à gravidez, apoio familiar à gravidez em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável			p	OR	(conclusão)
	Sem Depressão	Com Depressão			IC 95%
<b>Desejo paterno em relação à gravidez</b>					
Sim	177 (85,5%)	30 (14,5%)	0,275 <sup>b</sup>	1,00	0,35 – 96,89
Não	1 (50%)	1 (50%)		5,90	
<b>Apoio do parceiro à gravidez</b>					
Sim	177 (85,5%)	30 (14,5%)	0,275 <sup>b</sup>	1,00	0,35 – 96,89
Não	1 (50%)	1 (50%)		5,90	
<b>Apoio familiar à gravidez</b>					
Sim	178 (84,7%)	29 (15,3%)	0,021 <sup>b*</sup>	**	
Não	0 (0%)	2 (100%)			

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; <sup>c</sup> = Apenas para gestantes multigestas; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ ; \*\*Impossibilidade de Cálculo do OR.

A relação verificada no presente estudo referente à maior propensão de primigestas desenvolverem depressão durante o pré-natal pode estar associada à inexperiência destas futuras mães aliada ao medo do parto, o que poderia contribuir para a ocorrência de desajustes psíquicos, entre eles a depressão.

A literatura confirma que o medo do parto é mais comum entre primigestas (SPICE et al., 2009), além disso, estas gestantes por não terem a vivência de uma gestação anterior podem sentir-se inseguras durante a gravidez (NORDENG et al., 2012), o que também é um agravante para manutenção do bem estar mental e poderia contribuir para a ocorrência da depressão.

No que se refere ao apoio familiar durante a gravidez, estudo de Silva et al. (2010b) confirmam os resultados do presente estudo, inferindo a relação entre o apoio familiar e a ocorrência de transtornos mentais comuns como a depressão.

Para Dessen e Braz (2000), o apoio familiar é muito importante para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes, sendo

que a falta desse apoio pode ser considerada, segundo Hudsson, Ellek e Campbell-Crossman (2000), um fator de risco para transtornos de humor como a depressão.

Os achados do presente estudo permitem inferir que o apoio familiar é fator de proteção para a depressão na gravidez. Isto poderia estar associado ao fato do apoio familiar funcionar como um moderador dos sentimentos oriundos da gravidez (MOREIRA; SARRIERA, 2008), configurando-se como mais um recurso da gestante para enfrentar possíveis adversidades deste período, o que, possivelmente a torna menos vulnerável a alterações psíquicas.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “número de gestações”, “número de partos”, “número de abortamentos”, “número de ameaças de parto prematuro”, “número de filhos vivos” está apresentada na Tabela 33.

Tabela 33 – Valores das médias e/ou ranks médios e valores de p para a associação entre depressão e as variáveis número de partos, número de abortamentos, número de ameaças de parto prematuro, número de filhos vivos em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Média dos Ranks		p <sup>c</sup>
	Sem Depressão	Com Depressão	
Número de Partos	60,66	84,56	0,001*
Número de Abortamentos	21,02	18,95	0,463
Número de Ameaças de Parto Prematuro	5,00	0,00	**
Número de Filhos vivos	99,01	139,39	0,000*

Fonte: Da autora.

Nota: <sup>c</sup> = Aplicação do Teste Mann-Whitney; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ ; \*\*impossibilidade de aplicação do Teste Mann-Whitney.

Observou-se que as variáveis “número de partos” ( $p=0,001$ ) e “número de filhos vivos” ( $p=0,000$ ) mostraram associação altamente significativa com a depressão.



Pela média dos ranks constatou-se que as gestantes que tiveram maior número de partos (rank médio = 84,56) e de filhos vivos (rank médio = 139,39) apresentaram depressão.

Evidência não confirmada por Fisher et al. (2010) que em estudo para estabelecer a prevalência de transtornos mentais perinatais e seus determinantes entre grávidas no Vietnã, constataram que a paridade não apresentaram associação significativa com o desenvolvimento de transtornos mentais comuns, entre eles a depressão, e também por Giardinelli et al. (2012) que pontuaram não haver diferenças significativas relacionadas com o número de filhos e o desenvolvimento da depressão pré-natal.

No entanto, estudo sul-africano constatou que gestantes com depressão ou ansiedade tinham mais filhos, o que levanta a reflexão se estas gestantes tendem a ter aumento destas psicopatologias ou se elas usam os serviços de saúde disponíveis de forma mais adequada e por isso são mais diagnosticadas (VYTHILINGUM et al., 2013).

Essas associações podem ser decorrentes de experiências negativas em gestações e partos anteriores, bem como a preocupações com os outros filhos que poderiam contribuir para a ocorrência da depressão pré-natal uma vez que segundo Vythilingum et al. (2013) estas gestantes foram expostas a um maior número de eventos adversos e conseqüente estresse.

Faisal-Cury e Menezes (2007) constataram em sua investigação a associação entre a depressão e o número de abortos anteriores, evidência que não foi confirmada no presente estudo.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “tabagismo”, “quantidade de cigarros consumidos por dia”, “consumo de bebida alcoólica”, “uso de drogas”, “presença de problemas de saúde”, “uso de medicamentos diários” está apresentada na Tabela 34.

Tabela 34 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, uso de drogas, presença de problemas de saúde, uso de medicamentos diários em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Depressão	Com Depressão	p	OR	IC 95%
<b>Tabagismo</b>					
Sim	19 (79,2%)	5 (20,8%)	0,367 <sup>b</sup>	1,60	0,55 – 4,68
Não	159 (85,9%)	26 (14,1%)		1,00	
<b>Quantidade de cigarros consumidos por dia</b>					
Até de 10 cigarros	15 (100%)	0 (0%)	0,003 <sup>b*</sup>	**	
Acima de 10 cigarros	4 (44,4%)	5 (55,6%)			
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>					
Sim	8 (53,3%)	7 (46,7%)	0,002 <sup>b*</sup>	6,19	2,06 – 18,63
Não	170 (87,6%)	24 (12,4%)		1,00	
<b>Uso de drogas</b>					
Sim	3 (60%)	2 (40%)	0,160 <sup>b</sup>	4,02	0,64 – 25,12
Não	175 (85,8%)	29 (14,2%)		1,00	
<b>Presença de problemas de saúde</b>					
Sim	19 (76%)	6 (24%)	0,225 <sup>b</sup>	2,00	0,73 – 5,51
Não	159 (86,4%)	25 (13,6%)		1,00	
<b>Uso de medicamentos diários</b>					
Sim	8 (57,1 %)	6 (42,9%)	0,008 <sup>b*</sup>	5,10	1,63 – 15,92
Não	170 (87,2%)	25 (12,8%)		1,00	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ ; \*\*Impossibilidade de Cálculo do OR.

Observou-se que as variáveis “quantidade de cigarros consumidos por dia” ( $p=0,003$ ), “consumo de bebida alcoólica” ( $p=0,002$ ) e “uso de medicamentos diários” ( $p=0,008$ ) apresentaram associação significativa com a depressão.

Pela razão de chances, constatou-se que as gestantes que consomem bebida alcoólica e as que usam medicamentos diários têm maior chance de apresentar depressão durante o pré-natal.

No que se refere à quantidade de cigarros consumidos por dia, a literatura não confirma extensivamente o achado do presente estudo uma vez que a maioria

das investigações busca avaliar relação entre o tabagismo e o desenvolvimento da depressão durante a gravidez, independente da quantidade de cigarros consumidos. (THIENGO et al., 2012; SILVA et al., 2010a).

Nesta investigação, a variável quantidade de cigarros consumidos por dia apresentou associação com depressão apesar da relação entre este transtorno com o tabagismo não ter sido verificada.

Estudo de Tzilos et al. (2012), realizado com gestantes adolescentes em Rhode Island nos Estados Unidos, também não indicou contribuição significativa do tabagismo para o desenvolvimento da depressão. No entanto, há evidências de que o tabaco, assim como o uso de drogas ilícitas, pode comprometer o bem estar psicológico durante a gravidez (MARCUS, 2009). Desta forma, a quantidade de cigarros consumidos pela gestante apresenta relação direta com este comprometimento, uma vez que maior quantidade de tabaco é consumida pela gestante.

Uma possível explicação para os resultados encontrados neste estudo seria o fato de que na amostra estudada a quantidade de cigarros consumidos por dia atingiu o limiar para prejudicar a saúde emocional da gestante, mas o tabagismo isoladamente não. Nesse contexto, é possível que a presença de outros fatores possam ter atuado na proteção destas gestantes contra as consequências emocionais negativas. Além disso, a presente amostra poderia ter sido influenciada por subnotificação do ato de fumar durante a gestação, uma vez que as gestantes podem ter tido uma relutância em divulgar o uso de cigarro durante a gravidez, considerando ser este um comportamento desviante não esperado entre grávidas.

No presente estudo o consumo de bebida alcoólica pelas gestantes se relacionou a maior ocorrência de depressão no pré-natal. Em concordância com esses achados, citam-se as investigações de Fotner et al. (2011) sobre os fatores de risco para os sintomas depressivos no pré-natal entre grávidas hispânicas, além de Thiengo et al. (2012) e de Faisal-Cury et al. (2009).

Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) ao investigarem a morbidade psiquiátrica e uso do álcool em gestantes pontuam que a presença de distúrbios psíquicos pode colaborar para o uso de substâncias psicoativas e vice-versa. Dessa forma, a associação evidenciada neste estudo permite inferir que as gestantes que fazem uso

de álcool tendem a apresentar mais sintomas depressivos, embora o caminho inverso também seja possível, em que a depressão preceda o uso do álcool, ou seja, as gestantes fazem uso do álcool para aliviar os sintomas da depressão.

Considerando o impacto negativo do uso do álcool na gestação, grande relevância deve ser dada a prevenção, tanto dos problemas relacionados ao uso de álcool para o feto quanto para a mulher, nestes incluídas as alterações psíquicas que podem ser desencadeadas.

No que se refere ao uso de medicamentos diários, investigação de Nordeng et al. (2012) apresentou dados contrários ao presente estudo com a ocorrência da depressão na gravidez não estando associada ao uso de medicamentos em geral pelas gestantes. Apenas o uso de medicamentos psicotrópicos durante a gestação esteve associado a ocorrência do transtorno no pré-natal no referido estudo.

Segundo os mesmos autores, a associação entre essas variáveis poderia estar aliada ao medo do parto, uma vez que as gestantes que manifestam este sentimento podem sofrer desajustes psíquicos e utilizar mais medicação por este motivo. Estudos que evidenciam que mulheres com ansiedade ou depressão são mais propensas a temer o parto do que as mulheres sem doença mental podem apoiar esta hipótese (STORKSEN et al. 2012; SPICE et al., 2009; LAURSEN et al., 2008). Mas por outro lado, os autores pontuam que as mulheres com medo do parto podem apresentar maior preocupação com os riscos relacionados ao uso de medicamentos durante a gravidez e evitá-los.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “histórico de transtorno mental” e “realização de tratamento para o transtorno mental” está apresentada na Tabela 35.

Apenas a variável “histórico de transtorno mental” mostrou associação altamente significativa com a depressão ( $p=0,000$ ).

Pela razão de chances, observou-se que as gestantes que possuem histórico de transtorno mental têm maior chance de apresentar depressão durante o pré-natal.

Tabela 35 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis histórico de transtorno mental e realização de tratamento para o transtorno mental em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Depressão	Com Depressão	p	OR	IC 95%
<b>Histórico de transtorno mental</b>					
Sim	27 (64,3%)	15 (35,7%)	0,000 <sup>ab</sup>	5,24	2,32 – 11,84
Não	151 (90,4%)	16 (9,6%)		1,00	
<b>Realização de tratamento para o transtorno mental</b>					
Sim	16 (64,7%)	9 (35,3%)	0,963 <sup>a</sup>	0,97	0,26 – 3,51
Não	11 (64%)	6 (36%)		1,00	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ .

Esse resultado é confirmado de maneira consistente por outros estudos (PEREIRA et al., 2010; GIARDINELLI et al., 2012). Manikkam e Burns (2012) em investigação Sul-Africana evidenciaram que a história anterior de depressão foi um risco significativo para o desenvolvimento da depressão durante a gravidez, evidência corroborada por Dietz et al. (2007).

Da mesma forma, Thiengo et al. (2012) em estudo realizado em Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, sobre a depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido constataram que 24% das gestantes tinham histórico de depressão.

Neste estudo, 35,7% (15) das gestantes que tiveram pelo menos um transtorno mental prévio à gravidez, apresentaram depressão pré-natal. Esse achado sugere que gestantes que vivenciaram algum transtorno mental anteriormente a gestação possuem alto risco de recaída no pré-natal. Para Vesga-López et al. (2008) uma das razões que podem explicar este fato é a interrupção do tratamento psiquiátrico pela gestante no início da gravidez temendo possíveis riscos teratogênicos para o feto. O que ressalta a importância da triagem de sintomas depressivos durante a gestação já evidenciada por outros pesquisadores (RUIZ et al., 2012; THIENGO et al., 2012).

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida”, “presença de conflitos conjugais”, “histórico

de violência doméstica”, “ocorrência de violência doméstica atualmente”, “relações interpessoais satisfatórias”, “presença de suporte social” está descrita na Tabela 36.

Tabela 36 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis ocorrência de evento marcante na vida, presença de conflitos conjugais, histórico de violência doméstica, ocorrência de violência doméstica atualmente, presença de relações interpessoais satisfatórias, presença de suporte social em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas – MG, 2013 (n=209).

Variável	Sem Depressão	Com Depressão	p	OR	IC 95%
<b>Ocorrência de evento marcante na vida</b>					
Sim	53 (75,7%)	17 (24,3%)	0,006 <sup>a*</sup>	2,86	1,31 – 6,22
Não	125 (89,9%)	14 (10,1%)		1,00	
<b>Ocorrência de conflitos conjugais</b>					
Sim	19 (72%)	7 (28%)	0,073 <sup>b</sup>	2,51	0,94 – 6,69
Não	149 (86,6%)	23 (13,4%)		1,00	
<b>Histórico de violência doméstica</b>					
Sim	13 (61,9%)	8 (38,1%)	0,005 <sup>b*</sup>	4,41	1,65 – 11,79
Não	165 (87,8%)	23 (12,2%)		1,00	
<b>Ocorrência de violência doméstica atualmente</b>					
Sim	0 (0%)	1 (100%)	0,148 <sup>b</sup>	**	
Não	178 (84,3%)	30 (15,7%)			
<b>Relações interpessoais satisfatórias</b>					
Sim	162 (86,6%)	25 (13,4%)	0,108 <sup>b</sup>	1,00	0,86 – 6,79
Não	16 (72,7%)	6 (27,3%)		2,43	
<b>Presença de apoio/suporte social</b>					
Sim	111 (87,4%)	16 (12,6%)	0,258 <sup>a</sup>	1,00	0,72 – 3,34
Não	67 (81,7%)	15 (18,3%)		1,55	

Fonte: Da autora.

Nota: OR = Odds ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; <sup>a</sup> = Aplicação do Teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado de Pearson); <sup>b</sup> = Aplicação do Teste Exato de Fisher; \*Diferença estatisticamente significativa para  $P \leq 0,05$ ; \*\*Impossibilidade de Cálculo do OR.

Observou-se que as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida nos últimos 12 meses” ( $p=0,006$ ) e “histórico de violência doméstica” ( $p=0,005$ ) mostraram associação significativa com a depressão.

Pela razão de chances, as gestantes que tiveram um evento marcante na vida nos últimos 12 meses e as que possuem histórico de violência doméstica têm maior chance de apresentar depressão durante o pré-natal.

Os achados do presente estudo estão em consonância com as investigações de Muhwezi, Agren e Neema (2009) referente à associação entre os eventos de vida e a depressão, assim como estudos de Leigh e Milgron (2008) e de Vesga-López et al. (2008), os quais pontuam que os eventos de vida podem causar depressão na gestação.

A associação entre estas variáveis poderia ser explicada, segundo Esper e Furtado (2010), pelo o acúmulo do estresse desencadeado pelos eventos marcantes no decorrer dos últimos doze meses, o qual poderia gerar desfechos negativos na saúde mental de gestantes devido ao desgaste físico e psíquico envolvidos.

No que se refere ao histórico de violência doméstica, os resultados do presente estudo são condizentes à investigação de Tzilos et al. (2012). Os referidos autores identificaram que a história de violência foi um fator importante relacionado com sintomas depressivos em adolescentes grávidas.

Para Fisher et al. (2010), a violência doméstica é intrinsecamente humilhante, especialmente durante a vida reprodutiva quando as vias de escape são muitas vezes reduzidas. Para os mesmos autores, desta humilhação pode resultar o desencadeamento da depressão, considerando a teoria social de origem desse transtorno proposta por Brown e Harris (1978), a qual defende que a depressão é uma consequência do indivíduo experimentar a humilhação e o aprisionamento. Neste contexto, os achados do presente estudo podem fundamentar-se na hipótese de que o histórico de violência seja gerador de tristeza e angústia na gestante ao se lembrar da humilhação sofrida no passado.

#### 8.4.2 Análise Múltipla

Todas as variáveis que apresentaram associação significativa ( $P < 0,05$ ) com a depressão na análise univariada (classificação quanto ao número de gestações, apoio familiar à gravidez, número de partos, número de filhos, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, uso de medicamentos diários, histórico de transtorno mental, ocorrência de evento marcante na vida nos últimos 12 meses e histórico de violência doméstica) foram incluídas no modelo de regressão logística. Entretanto, nenhuma permaneceu significativa ao nível de 5% no modelo final.



## 9 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar a presença de ansiedade e depressão em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS, em um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

Quanto ao objetivo específico 1 (caracterizar as gestantes do estudo quanto às variáveis de identificação socioeconômicas e demográficas, anamnese gestacional atual e pregressa, hábitos de vida e doenças pré-existentes e eventos marcantes e relações interpessoais), ficou evidente que socioeconômico e demograficamente a maioria das gestantes tinham idade entre 20 e 25 anos; possuíam ensino médio completo; eram casadas ou viviam com o companheiro; possuíam renda entre um e dois salários mínimos; exerciam atividade trabalhista e possuíam casa própria. Em relação à anamnese gestacional atual e pregressa, constatou-se que um índice maior de participantes estava no terceiro trimestre gestacional e que a maioria das gestantes não teve dificuldade para engravidar e nem realizou tratamento com esta finalidade; era multigesta com número de gestações anteriores variando entre uma e nove e número de partos anteriores entre um e seis; não possuía histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro; não tinha filhos; não teve complicações em gestações anteriores, entretanto, entre as que tiveram o abortamento/ameaça de parto prematuro foi a mais frequente; também não apresentou complicações na gestação atual, porém entre as que apresentavam a maioria relatou náuseas/vômitos; não planejou a gravidez atual; deseja a gestação e este desejo era compartilhado pelo companheiro e contava com o apoio familiar e do parceiro. Quanto aos hábitos de vida e doenças pré-existentes, a maioria das gestantes não era tabagista, porém entre as fumantes o consumo predominantemente referido foi de até dez cigarros por dia; não consumiam bebida alcoólica e entre as que faziam uso de álcool este se restringia a uma vez por mês ou menos; não usava drogas, entretanto entre as usuárias a cocaína era predominante; não possuía problemas de saúde, contudo a hipertensão arterial sistêmica foi a mais referida pelas que possuíam; não fazia uso de medicamento

diário e entre as usuárias os anti-hipertensivos foram os mais frequentes; não possuía histórico de transtorno mental porém a depressão foi a mais relatada entre as que possuíam; fez tratamento para o transtorno mental vivenciado no passado, sendo o tratamento farmacológico predominante. Constatou-se ainda que a maioria das participantes não vivenciou um evento marcante nos últimos doze meses, contudo a morte de ente querido foi o evento mais referido pelas que o vivenciaram; não enfrentava conflitos conjugais; não possuía histórico de violência doméstica e nem a vivenciava atualmente, entretanto, entre aquelas que sofreram e sofrem algum tipo de violência, a física foi a mais frequente no passado e a psicológica/moral, a mais sofrida atualmente; possuía relações interpessoais satisfatórias, porém, a família foi apontada como o grupo de relacionamento considerado mais insatisfatório e contava com apoio/suporte social sendo a família a maior provedora deste suporte, o qual era principalmente financeiro e emocional/psicológico.

Com relação ao objetivo específico 2 que se refere a mensurar a presença de ansiedade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Estado de Minas Gerais, verificou-se que ela esteve presente na minoria das gestantes com 26,8% (56).

Referente ao objetivo 3 (mensurar a presença de depressão em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Estado de Minas Gerais), 14,8% (31) das gestantes apresentaram depressão.

Em face desta conclusão, infere-se também que a ansiedade ocorreu com mais frequência do que a depressão entre as gestantes estudadas, o que também foi confirmado pelas maiores medianas dos escores de ansiedade em relação à depressão.

De acordo com o objetivo específico 4, o qual buscou verificar a presença da comorbidade ansiedade/depressão, constatou-se que ela esteve presente na minoria das gestantes, o que representou 8,25% (17).

No que se refere ao objetivo específico 5, que visou verificar se existe associação entre as variáveis independentes com a presença de ansiedade e depressão em gestantes, constatou-se que as variáveis ocupação, histórico de

abortamento/ameaça de parto prematuro, presença de complicações em gestações anteriores, desejo materno em relação a gravidez, número de abortamentos, quantidade de cigarros consumidos por dia e uso de drogas estão associadas com a ocorrência da ansiedade durante o período pré-natal. Já para a depressão, evidenciou-se que a ocorrência desta na gravidez esteve associada às variáveis classificação quanto ao número de gestações, apoio familiar, número de partos e número de filhos, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo de bebida alcoólica, uso de medicamentos diários, histórico de transtorno mental, presença de ventos marcantes nos últimos 12 meses e histórico de violência doméstica.

Frente a essa conclusão, a hipótese 1 (existe associação entre as variáveis independentes com as variáveis dependentes, ansiedade e depressão) foi parcialmente confirmada uma vez que apenas algumas variáveis estudadas apresentaram associação com a ansiedade e a depressão em gestantes. Além disso, evidenciou-se que a variável quantidade de cigarros consumidos por dia apresentou associação significativa tanto para a ansiedade como para a depressão, o que permite inferir que alguns fatores podem ser determinantes para a ocorrência de ambos os transtornos durante o pré-natal.

Por fim, quanto ao objetivo específico 6 (comparar as medidas de ansiedade em cada trimestre gestacional), verificou-se que a ansiedade foi mais frequente no terceiro trimestre. Já em relação ao objetivo específico 7, que visava comparar as medidas de depressão em cada trimestre gestacional, foi constatado que a depressão esteve mais presente no segundo trimestre. Desta forma, a hipótese 2 foi confirmada, uma vez que as medidas da ansiedade e da depressão foram diferentes em cada trimestre gestacional.

## **10 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA**

Ao vivenciar as inúmeras transformações inerentes à gravidez, a gestante torna-se vulnerável a ocorrência de transtornos mentais durante o período pré-natal, entre eles a ansiedade e a depressão. Nesse sentido, a investigação desses constructos nesta fase única da vida da mulher eleva-se como de suma importância.

Os resultados do presente estudo refletem a realidade da Assistência Pré-Natal em Unidades de Atenção Primária, no âmbito do SUS, em um município do Sul do Estado de Minas Gerais, a qual não conta com um programa de atenção à saúde mental das gestante. Neste contexto, essa investigação sugere a criação de diretrizes e políticas de assistência voltadas para este público e oferece subsídios para a reflexão da atuação da equipe de enfermagem e demais profissionais no atendimento à gestante em todas as suas necessidades.

As implicações decorrentes deste estudo evidenciam que a ansiedade e a depressão são comuns na gestação e que a gestante acometida por transtornos mentais é invisível ao profissional de saúde. Os dados demonstraram que a ideia da gravidez ser um período de pleno bem-estar e sem agravos para a totalidade das mulheres é equivocada e que há a necessidade de implementação de ações reais para prevenir transtornos psíquicos que podem permear a gestação.

Ademais infere que os profissionais de saúde, aqui destacados a enfermagem obstétrica e a inserida na atenção primária à saúde, por serem profissionais próximos à gestante, devem incorporar a saúde mental da mulher nas práticas assistenciais do cotidiano. De modo que o profissional de saúde atue em conformidade com as intervenções que visem à promoção da saúde mental das gestantes, assim como a articulação de estratégias de prevenção dos transtornos abordados neste estudo e minimização de resultados obstétricos adversos.

Para a prevenção desses transtornos em gestantes propõe-se a realização de triagem e monitoramento da saúde mental durante todo o pré-natal, o que envolve a detecção e diagnóstico preciso desses agravos. Para tanto, requer-se a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal, assim como a ação integrada e articulada entre os setores com atuação da equipe multiprofissional e interdisciplinar,

a qual vem a ser compreendida como essencial, uma vez que o alcance do bem-estar físico e mental favorável depende de intervenções em todas as dimensões que envolvem o ser holístico.

A atuação dos profissionais de saúde na promoção e prevenção do adoecimento psíquico durante o pré-natal é fundamental, porém inóspita se não for apoiada pelos gestores de saúde por intermédio de políticas e programas de intervenção efetivos que envolvam a saúde mental e as mulheres, em especial durante a gestação, visto que iniciativas dessa natureza são mais interessantes, inclusive economicamente, para o sistema de saúde, do que remediar eventuais transtornos que possam acometê-las neste período da vida.

Abordar o tema saúde mental durante o período pré-natal envolve muitas nuances em virtude dos inúmeros fatores individuais, sociais e ambientais envolvidos, o que torna complexo o estabelecimento de causalidade entre o adoecimento mental e a gestação.

Dessa forma, essa investigação contribui para a lacuna na literatura que tem como objetivo compreender a saúde mental durante a gravidez usando uma abordagem estatística, o que permite a análise de variação e mudança individual. Ressaltando que, em busca do avanço na assistência de enfermagem à mulher no pré-natal e melhoria da saúde mental, mais estudos dessa natureza são necessários, pois apontam pontos cruciais para a compreensão dos demais fatores que estão associados à ocorrência da ansiedade e da depressão durante o período pré-natal, norteados por novos caminhos que objetivam a qualidade da assistência. Para tanto, sugere-se a realização de estudos longitudinais, que abordem as gestantes durante toda a gravidez, o que seria oportuno para determinar se as conclusões do presente estudo se mantêm ao longo do tempo; assim como a realização de estudos em outras localidades com o intuito de relacionar os resultados encontrados com outras realidades.

Independente de outras investigações é imprescindível que os gestores de saúde examinem cautelosamente a situação de adoecimento mental das gestantes, buscando amenizá-las.

Espera-se com este estudo contribuir para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e da saúde mental, oferecendo subsídios para a

implementação de programas voltados à saúde mental da mulher, em especial na gravidez.

Como limitação destaca-se o delineamento transversal da pesquisa, o qual não permite um adequado estabelecimento da relação de causa-efeito dos dados encontrados e nem a relação temporal dos eventos.

## REFERENCIAS

ACGO - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee opinion n<sup>o</sup> 343. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. **Obstet. Gynecol.**, v. 108, p. 469-77. 2006.

ADHIKARI, R.; SOONTHORNDHADA, K.; PRASARTKUL, P. Correlates of unintended pregnancy among currently pregnant married women in Nepal. **BMC Int. Health Hum. Rights**, v. 9, p. 17. 2009.

ALEN, A. J.; LEONARD, H; SWEDO, S. E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, New Haven, v. 34, n. 10, p. 976-986. 1995.

ALI, N. S. et al. Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. **The scientific World Journal**, May, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354685/>>. Acesso em 08 maio 2013.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Brazilian multicenter study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. **Br. J. Psychiatry**, v. 171, n. 6, p. 524-529. 1997.

ALMEIDA, M. S., et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 385-393. 2012.

ALVARENGA, P. et al. As relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. **Estudo de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 477-484. 2012.

ANDAJANI-SUTKAHJO, S. et al. Complex emotions, complex problems: understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. **Cult. Med. Psychiatry**, v. 31, n.1, p. 101–122. 2007.

ANDERSSON, L. et al. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population based study. **Am. J. Epidemiol.**, 159, n. 9, p. 872-881. 2004.

\_\_\_\_\_. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 85, n.1, p. 937–944. 2006.

ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54. 2006.

ANDREWS, B.; HEJDENBERG, J.; WILDING, J. Student anxiety and depression: Comparison of questionnaire and interview assessments. **J. Affect. Disord.**, v. 95, p. 29-34. 2006.

ANGST, J. Depression and anxiety: implications for nosology, course, and treatment. **J. Clin. Psychiatry**, v. 58, n. 8, p. 3-5. 1997.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV**. 4 ed. Text rev. Washington, 2003.

APTER, G.; DEVOUCHE, E.; GRATIER, M. Perinatal mental health. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 199, n. 8, p. 575–577. 2011.

ARAÚJO, D. M. R.; et al. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma corte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.8, n. 3, p. 333-340. 2008.

ARAÚJO, D. M. R., PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.4, p.747-756. 2007.

ARAÚJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Rev. enferm UERJ**, v. 14, n. 2, abr/jun, p. 260-9. 2006.

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 877-85. 2008.



AUSTIN, M. P.; TULLY, L.; PARKER, G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. **J. Affect. Disord.**, v.101, n. 1–3, p.169–174. 2007.

BALDUR-FELSKOV, B. et al. Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. **Hum. Reprod.**, v. 28, n. 3, p. 683-690. 2013.

BANDEIRA, M. et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro; v. 56, n. 1, p. 41-47. 2007.

BANDSTRA, E. S, et al. Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. **J. Addict. Dis.**, v. 29, n. 2, p. 245–58. 2010.

BANSIL, P., et al. Maternal and fetal outcomes among women with depression. **J. Womens Health**, v. 19, n.1, p. 329–234. 2010.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 52-61.

BAPTISTA, A. S.; FURQUIM, P. M. **Enfermaria de Obstetrícia**. In: BAPTISTA, M.N.; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D; TORRES, E. C. R. Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia Vector Editora**, v. 7, n. 1, p. 39-48. 2006.

BARDEN-O'FALLON, J. L.; SPEIZER, I. S.; WHITE, J. S. Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 23, p. 410-417. 2008.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: Editora UPF, 2004.

BARROS, A. L. B. L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 585-592. 2003.

BATTLE, C. et al. Clinical characteristics of perinatal psychiatric patients: a chart review study. **J. Nerv. Ment. Disord.**, v. 194, n.1, p. 369–377. 2006.

BENUT, G. R. G., et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 3, p. 322-327. 2009.

BENNETT, H. A. et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstet. Gynecol.**, v. 103, n. 4, p. 698-709. 2004.

BERLE, J. et al. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from the Nord-Trondelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 8, n. 1, p. 181-9. 2005.

BERTRAND, R. B. et al. Monitoring Pregnant Women's Illicit Opiate and Cocaine Use With Sweat Testing. **Ther Drug Monit.**, v. 32, n. 1, p. 40-49. 2010.

BESSA, et al. Correlates of substance use during adolescent pregnancy in São Paulo, Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 32, n. 1, p. 66-69. 2010.

BISQUERA, R., SARRIERA, J. C.; MARTINEZ. F. **Introdução a Estatística: enfoque informativo com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BJELLAND, I. et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. **J. Psychosom. Res.**, v. 52, n.1, p. 69-77. 2002.

BÖDECS, T. et al. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. **Orv. Hetil.**, v. 150, n. 41, p. 1888-1893. 2009.

BONARI, L. et al. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. **Can. J. Psychiatry**, v. 49, n. 11, p. 726-735. 2004.

BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do ciclo gravídico-puerperal. In: BORTOLETTI, F. F. et al. (Org.). **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. Barueri: Manole, 2007, p. 21-31.

BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 47, p. 285-289. 1998.

BOTEGA, M. J. et al. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS). **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355- 363. 1995.

BOWEN, A. et al. Anxiety in a socially high-risk sample of pregnant women in Canada. **Can. J. Psychiatry**, v. 53, n.1, p. 435–440. 2008.

BRAND, S. R.; BRENNAN, P. A. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? **Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 52, p. 441-455. 2009.

BRADY, S. et al. Pre-coronary artery bypass graft measures and enrollment in cardiac rehabilitation. **J. Cardiopulm. Rehabil.**, v. 25, p. 343-349. 2005.

BRASIL. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto 7872 de 26 de Dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2012/Decreto/D7872.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2012/Decreto/D7872.htm)>. Acesso em: 27 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicados do IPEA nº 11. **Pnad 2007: Primeiras Análises, Demografia-Gênero**. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicados do Ipea nº 40. **Mulher e trabalho: avanços e continuidades**. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, out. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DARE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, DF, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-Natal: manual técnico.** Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde.** Brasília, DF, 2004a.

\_\_\_\_\_. Situação demográfica. População feminina brasileira. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/causas\\_mortalidade\\_materna\\_160910.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/causas_mortalidade_materna_160910.pdf). Acesso em: 10 maio 2013.

BROCKINGTON, I. Postpartum psychiatric disorders. **Lancet**, v. 363, n. 9414, p. 1077-1078. 2004.

BROWN, G. W.; HARRIS, T. The social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock Publications, 1978.

BRUM, L. F. S. et al. Utilização de medicamentos por usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Cien. Saude Colet.**, v. 16, n. 5, p. 2435-2442. 2011.

BUIST, A.; GOTMAN, N.; YONKERS, K. A. Generalized anxiety disorder; course and risks factors in pregnancy. **J. Affect. Disord.**, jun, v.131, n. 1-3, p. 277-283. 2011.

CALHEIROS, R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, v. 23, n.1, p. 65-74. 2006.

CAMACHO, R. S., et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 33, p. 92-102. 2006.

CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p.1053-1062. 2006.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Cien. Saude Colet.**, v. 17, n. 5, p. 1103-1114. 2010.

CARVALHEIRA, A. P. P; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo vital puerperal que sobrevivem à morbidade materna grave. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p.1187-1194. 2010.

CARVALHO, I. A. et al. Profile of pregnant women in nursing consultation on a strategy of health of rural families. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 4, n. 4, p.1622-630. 2010. Disponível em:

<<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1036>>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

CATÃO, C. R. **Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave**. 2011. 108 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CAUMO W. et al - Risk factors for postoperative anxiety in children. **Acta Anaesthesiol. Scand.**, United Kingdom, v. 44, n. 3, p. 782-789, 2000.

CECCHINI, M. V. G. **Análise do relato de mães com sintomatologia depressiva do projeto Ipê**. 2009. 177 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CERDÁ, M. et al. Genetic and environmental influences on psychiatric comorbidity: a systematic review. **J. Affect. Disord.**, v. 126, n.1, p.14–38. 2010.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Pretence Hall, 2002.

CHIBANDA, D., et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women in a high HIV prevalence area in urban Zimbabwe. **Arch. Women Ment. Health**, v. 13, n.1, p. 201-206. 2010.

CLAESSON, I.; JOSEFSSON, A.; SYDSJÖ, J. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. **BMC Public Health**, v. 10, p. 766. 2010.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. **Acta Pediatr. Port.**, v.1, n.36, p. 41-49. 2005.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 24, n.3, p. 197-209. 2003.

CORDÁS, T. A; SALZANO, F. T. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Editorial Atheneu, 2006.

CORREIA, L. L; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, jul-ago. 2007.

COSTA, I. G. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 30-46. 2002.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 164, n.1, p. 164-73. 2002.

COUTO, E. R. et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. **Sao Paulo Med J.**, v.127, n. 4, P. 185-189, Jul. 2009.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Post-partum depression screening among women attended by the Family Health Program. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-88, abr. 2005.

CYRANOWSKI, J. M., et al. Psychosocial features associated with lifetime comorbidity of major depression and anxiety disorders among a community sample of mid-life women: the swan mental health study. **Depress. Anxiety**, v. 29, n.12, p. 1050 -1057. 2012.

DA SILVA, R. A. et al. Depressão durante a gravidez no sistema público de saúde. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, n. 2, p. 139-144. 2010.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 8, n. 3, p. 177-178, 2006.

DAW, J. R. et al. Prescription drug use in pregnancy: a retrospective, population-based study in British Columbia, Canada (2001-2006). **Clin. Ther.**, v. 34, n. 1, p. 239-249. 2012.

DAYAN, J. et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. **Am. J. Epidemiol.**, v. 155, n. 4, p. 293-301. 2002.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 1-18. 2000.

DIETZ, P.; et al. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. **Am. J. Psychiatry**, v. 164, n.1, p. 1515–1520. 2007.

DYTZ, J. L. G.; LIMA, M. G.; ROCHA, S. M. M. O modo de vida e a saúde mental das mulheres de baixa renda. **Saúde em Debate**, v. 63, n.1, p. 15-24. 2003.

EGLISTON, K. A.; CATHERINE, M.; MARIE-PAULE, A. Stress in pregnancy and infant HPA axis function: Conceptual and methodological issues relating to the use of salivary cortisol as an outcome measure. **Psychoneuroendocrinology**, n. 32, n. 1, p. 1-13. 2007.

ESPER, L. H. **Eventos estressores e sua relação com a morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **SMAD - Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 6, n. esp., p. 368-386. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000300002)>. Acesso em: 24 out. 2013.

EVANS, J. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **BMC Womens Health**, v. 323, n. 7307, p. 257-260. 2001.

EVANS, L. M.; MYERS, M. M.; MONK, C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 11, n. 1, p. 239-248. 2008.

EXAVERY, A. How mistimed and unwanted pregnancies affect timing of antenatal care initiation in three districts in Tanzania. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 13, p. 35. 2013.

FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. **Arch. Womens Ment. Health**, v.12, p. 335-343. 2009.

FAISAL-CURY, A.B.; MENEZES, P.R. Ansiedade e puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n.3. p. 171-178. 2006.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 10, n.1, p. 25-32. 2007.

FALCONE V. M., et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 171-8. 2005.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life assessment, analysis and interpretation**. England: John Wiley e Sons Ltda, 2000.



FELIX, G. M. A.; GOMES, A. P. R.; FRANCA, P. S. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Com. Ciências Saúde**, v. 19, n. 1, p. 51-60. 2008.

FERRARI, A. C.; PICCININI, C. A.; LOPES R. S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicol. Estud.**, v. 12, n. 2, p. 305-313. 2007.

FERREIRA, D. B. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n.3, p.536-544. 2011.

FERRI, C. P. et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo, Brazil. **BMC Public Health**, v.7, n.1, p. 209-219. 2007.

FIELD, T. et al. Comorbid Depression and Anxiety Effects on Pregnancy and Neonatal Outcome. **Infant. Behavior Development.**, v. 33, n. 1, p. 23. 2010.

\_\_\_\_\_. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. **Int. J. Neurosc.**, v. 118, n. 1, p. 95–103. 2008.

FIGUEIREDO, B., CONDE, A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 14, n. 1, p. 247–255. 2011.

FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bull World Health Organ.**, v. 90, n. 2, p.139–149. 2012.

FISHER, J. et al. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. **Bull World Health Organ.**, v. 88, n. 1, p. 737–745. 2010.

FISKE, A.; LOEBACHWETHERELL, J.; GATZ, M. Depression in older adults. **Annu Rev. Clin. Psychol.**, v. 5, n. 1, p. 363-89. 2009.

FLACH, C. et al. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. **BJOG**, v. 118, n.1, p. 1383-1391.2011.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento de depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 31, p.7-17, supl. 1, 2009.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 738-746. 2010.

FORTNER, R. T. et al. Risk Factors for Prenatal Depressive Symptoms among Hispanic Women. **Matern. Child. Health J**, v. 15, n. 8, p. 1287–1295. 2011.

FRANSSON, E.; ORTENSTRAND, A.; HJELMSTEDT, A. Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. **Birth**, v. 38, n. 1, p. 10–16. 2011.

FREITAS, G. V. S. et al. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, v.17, n. 6, p. 336-342. 2008.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 335-341. 2009.

FREITAS, G. V. S. et al. gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n.3, p. 245-249. 2002.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente de Cronbach. In: XII SIMPEP. Bauru, nov. 2005.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação a doença arterial coronariana e a revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GARTLAND, D. et al. Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. **Matern. Child. Health**, v. 15, n. 5, p. 570–578. 2011.

GELDER, M. et al. **Oxford textbook of psychiatry**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 1996.

GIARDINELLI, L. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 15, n. 1, p. 21–30. 2012.

GLOVER, V.; O'CONNOR, T. Maternal anxiety: its effect on the fetus and the child. **Br. J. Midwifery**, v. 14, n. 11, p. 663–667. 2006.

GLOVER, V.; O'CONNOR, T. G. Effects of antenatal stress and anxiety. **Br. J. Psychiatry**, v. 180, n.1, p. 389-91. 2002.

GOEDHART, G. et al. Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy. **Addictive Behaviors**, v. 34, n.1, p. 403–406. 2009.

GOICOLEA, I.; SAN SEBASTIAN, M. Unintended pregnancy in the amazon basin of Ecuador: a multilevel analysis. **Int. J. Equity Health**, v. 9, n.1, p.14. 2010.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1641-1650. 2008.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 51-58. 2012.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. **Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português**. In: Gorenstein, C. et al. **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 89-95.

GOUROUNTI, K.; ANAGNOSTOPOULOS, F.; LYKERIDOU, k. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 16, n. 1, p. 353–361. 2013.

GOUVEIA, V. V. et al. The use of the GHQ-12 in a general population: a study of its construct validity. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 19, p. 241-8. 2003.

GRADIM, C. V. C. et al. **Diagnóstico da situação de saúde do Município de Alfenas – MG. Trabalho de conclusão de curso** (Especialização em Saúde Pública) - Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde-CEDAS, São Paulo, 1991.

GRANT, K. A.; MCMAHON, C.; AUSTIN, M. P. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. **J. Affect. Disord.**, v. 108, n. 1–2, p. 101–111. 2008.

GRIGORIADIS, S., et al. Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. **Arch. Womens Ment. Health**, v.14, p. 325–333. 2011.

GROTE, N. et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 67, n. 10, p. 1012–1024. 2010.

HANLON, C., et al. Between life and death: exploring the sociocultural context of antenatal mental distress in rural Ethiopia. **Arch. Womens Ment. Health**, v, 13, p. 385–393. 2010.

HANLON, C., et al. Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. **J. Affect. Disord.**, v. 10, n.1, p. 251–262. 2008.

HANLON, C. et al. Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: the P-MaMiE population-based cohort study. **Tro. Med. Int. Health**, v. 14, p.156-166. 2009.

HARTLEY, M. et al. Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. **Reprod. Health**, v. 8, p. 9. 2011.

HARVEY, S.; PUN, P. Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a twoyear period. **Int. J. Ment. Health Nurs.**, v. 16, p. 161–167. 2007.

HAVENS, J. R. et al. Factors associated with substance use during pregnancy: results from a national sample. **Drug Alcohol Depend.**, v. 99, n.1, p. 89–95. 2009.

HELLMUTH, J. C. et al. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 16, n.1, p. 19–27. 2013.

HERRMANN, C. Experiências internacionais com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - uma revisão dos dados de validação e os resultados clínicos. **J. Psychosom Res.**, v. 42, p. 17-41. 1997.

HERSON J. et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. **J. Affect. Disord.**, v. 80, n.1, p. 65-73. 2004.

HETEM. L. A. B.; GRAFF, F. G. **Transtornos de ansiedade**. Rio de Janeiro: Editorial Atheneu, 2004.

HONIKMAN, S. et al. Stepped care for maternal mental health: a case study of the Perinatal Mental Health Project in South Africa. **PLoS Med**, v. 9, n.5, e.1001222. 2012.

HORIMOTO, C. H.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. **Depressão: diagnóstico e tratamento clínico**. São Paulo: Roca, 2005.

HUDSON, D. B.; ELEK, S. M.; CAMPBELL-CROSSMAN, C. Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. **Adolescence**, v. 35, n. 139, p. 445-453. 2000.

HUIZINK, A. C. et al. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? **Early Hum. Dev.**, v. 79, n.1, p. 81-91. 2004.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Fecundidade, Nupcialidade e Migração: resultados da amostra**. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Cidades. Infográficos. Minas Gerais. **Alfenas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=310160>>. Acesso em: 20 de set. 2013.

IKAMARI, L.; IZUGBARA, C.; OCHAKO, R. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 13, n.1, p. 69. 2013.

IRIS, A.; KIRMIZI, D. A.; TANER, C. E. Effects of infertility and infertility duration on female sexual functions. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v. 287, n. 4, p. 809-812. 2013.

ISSLER, C. K., et al. Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, suppl. 3, p. 31-36. 2004.

JABLENSKY, A. V. et al. Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. **Am. J. Psychiatry**, v. 162, n. 1, p. 79-91. 2005.

JOHANSON, R. et al. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, v. 21, n. 2, p. 93-97. 2000.

JOSEFSSON, A. et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 80, n. 3, p. 251-255. 2001.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, jul. 2008.

KAMAL, M.; ISLAM, A. Prevalence and socioeconomic correlates of unintended pregnancy among women in rural Bangladesh. **Salud Pública Méx.**, v. 53, n. 2, p. 108-115. 2011.

KARMALIANI, R. et al Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 55, n. 5, p. 414-424. 2009.

KAAYA, S. et al. Socio-economic and partner relationship factors associated with antenatal depressive morbidity among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. **Tanz. J. Health Res.**, v. 12, n.1, p. 23–35. 2010.

KEMP, L.; et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomized controlled trial. **Arch. Dis. Child.**, v. 96, n. 6, p. 533–540. 2011.

KENDLER, K. S., et al. The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. **Psychol. Med.**, v. 37, p. 453-462. 2007.

KENDELL, R. E., et al. The influence of childbirth in psychiatric morbidity. **Psychol. Med.**, v. 6, p. 297-302. 1976.

KIM, H. G. et al. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 9, n. 2, p. 103-107. 2006.

KLAUSS, M. H. K; KENNEL, J. H.; KLAUSS P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto alegre: artes médicas. 2000.

KOENIG, H.G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, supl. 1; p. 95-104. 2007.

KOGIMA, E. O. **Depressão puerperal em adolescentes cadastradas na estratégia de saúde da família do município de Embú Guaçu-SP.** 2010. 174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

KRAEPELIN, E. **Manic-depressive insanity and paranoia.** Edinburgh: Livingstone, 1921.

LAMERS, F. et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). **J. Clin. Psychiatry**, v. 72, n. 1, p. 341–348. 2011.

LANCASTER, C. A., et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 202, n. 1, p. 5-14. 2010.

LAURSEN, M. et al. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. **BJOG**, v. 115, n. 1, p. 354–360. 2008.

LE STRAT, Y.; DUBERTRET, C.; LE FOLL, B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. **J. Affect. Disord.**, v. 135, n. 1, p. 128–138. 2011.

LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G. Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspectives and Treatments. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v. 21, n. 2, p. 91-100. 2007.

LEE, A. M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. **Obstetrics and Gynecology**, v. 110, n. 5, p. 1102–1112. 2007.

LEIGH, B.; MILGROM, J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. **BMC Psychiatry**, v. 16, n.1, p. 8–24. 2008.

LEPINE, J. P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. **J. Clin. Psychiatry**, v. 63, suppl. 14, p. 4-8. 2002.

LI, Y. et al. Patterns of co-morbidity anxiety disorders in Chinese women with recurrent major depression. *Psicologia Med.*, v. 42, n. 6, p. 1239-1248. 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 12 n. 4, dez. 2003.

LIMLOMWONGSE, N.; LIABSUETRAKUL, T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). **Arch. Womens Ment. Health**, v. 9, p. 131-138. 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, A. C. Metodologia de estudos de análise econômica em Psiquiatria. **Psychiatry online**, v.4, n.12, dez. 1999. Disponível em: <<http://polbr.med.br>>. Acesso em: 20 maio 2013.



LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p.213-21. 2002.

LUND, R. et al. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. **Hum Reprod.**, v. 24, n. 11, p. 2810-2820. 2009.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **RADIS Comunicação em Saúde – ENSP**, v. 38, p. 11-19. 2005.

MANIKKAM, L.; BURNS, J. Antenatal depression and its risk factors: an urban prevalence study in KwaZulu-Natal. **S. Afr. Med. J.**, v.102, p. 940–944. 2012.

MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo de validade com pacientes no pré-operatório. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 4, n. 54, p. 298-304. 2007.

MARCUS, S. M. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. **Can. J. Clin. Pharmacol**, v. 16, n.1, p. 15–22. 2009.

MASSEY, S. H. Association of Clinical Characteristics and Cessation of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Use during Pregnancy. **Am. J. Addict.**, v. 20, n. 2, p. 143–150. 2011.

MATHEUS, E. D. Noções de assistência pré-natal. In: BORTOLETTI, F. F. et al. (Org.). **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri (SP): Manole, 2007. p.179-182.

MCQUILLAN, J.; TORRES STONE, R. A.; GREIL, A. L. Infertility and life satisfaction among women. **J. Fam.**, v. 28, n. 7, p. 955-81. 2007.

MENDES A. V.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.35, n.5, p.178-86. 2008.

MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. 1, p. 81-86. 2000.

MELO, S. C. et al. Uso de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 1 p. 66-70. 2009.

MENDLOWICZ, M. V.; STEIN, M. B. Quality of life in individuals with anxiety disorders. **Am. J. Psychiatry**, v. 157, n. 5, p. 669-682. 2000.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. **Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MILGROM, J., et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. **J. Affect. Disord.**, v. 108, n.1, p. 147–157. 2008.

MITSUHIRO, S. S. et al. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 28, n. 2, p. 122-125. 2006.

MONCUSO, R. A. et al. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. **Psychosom. Med.**, v. 66, n.1, p. 762-769. 2004.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n.3, p. 242-250. 2006.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicol. Estud.**, v. 13, n. 4, p. 781-789. 2008.

MORENO, R. C.; MORENO, D. H. Escalas de depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Rev Psiq Clín.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 262-272. 1998.

MORISSETTE, S. et al. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. **Psychological Bulletin**, v. 132, n.1, p. 245-272. 2007.

MOTTA, M. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev. Psiquiatr Rio Gd. Sul**, v. 27, n. 2, p. 165-176. 2005.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Cien. Saude Colet.**, 2007; v. 12, n.1, p. 1661-1672. 2007.

MUCKLE, G. et al. Alcohol, Smoking and Drug Use among Inuit Women of Childbearing Age during Pregnancy and the Risk to Children. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, v. 35, n. 6, p. 1081–1091.2011.

MUHWEZI, W. W.; AGREN, H.; NEEMA, S. Life events associated with major depression in Ugandan primary healthcare patients: issues of cultural specificity. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 54, n. 2, p.144-63. 2009.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtorno de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 108-115. 2007.

MURATA, M. **Sintomas depressivos em gestantes de baixo-risco**. 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo. 2012.

MUSZBEK, K. et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. **Qual. Life Res.**, v. 15, p. 761-766, 2006.

NASREEN, H. E et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. **BMC Womens Health**, v. 11, n. 22. 2011.

NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman**. London, jun. 2010.

NOORBALA, A. A. et al. Psychiatric disorders among infertile and fertile women. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 44, n. 7, p. 587-591. 2009.

NORDENG, H. et al. Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 15, n. 1, p. 203–209. 2012.

NORTON, P. J.; TEMPLE, S. R.; PETTIT, J. W. Suicidal ideation and anxiety disorders: Elevated risk or artifact of comorbid depression? **J. Behav. Ther Exp. Psychiatry**, v.39, n. 4, p. 515–525. 2008.

OBEISAT, S. et al. Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women. **Fertil Steril.**, v. 98, n. 2, p. 444-449. 2012.

OLIVEIRA, E. S. et al. The prevalence of drug consumption during pregnancy prevalencia del consumo de drogas en el período gestacional. **Rev. enferm. UFPE on line.**, v. 7, n. 10 (spe), p. 6083-92, out.. 2013. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4554/pdf\\_3715](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4554/pdf_3715)>. Acesso em: 15 nov. 2013.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2. ed. São Paulo: Editora Pioneira, 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

\_\_\_\_\_. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2011.

ONOYE, J. M. et al. Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 16, n. 6, p. 453-463. 2013.

ORR, S. T. et al. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. **J. Womens Health**, v. 16, n. 4, p. 535-542. 2007.

PAJULO, M. et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. **J. Affect. Disord.**, v. 65, n. 1, p. 9–17. 2001.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto alegre: Artmed, 2010.

PATEL, V.; et al. Maternal psychological morbidity and low birth in India. **Br. J. Psychiatry**, v.188, n.1, p. 284-285. 2006.

PEUKER, A. C. et al. Fatores associados ao abuso de drogas. **Paidéia**, v. 20, n. 46, p. 165-173. 2010.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M.; Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 4, p. 144-153. 2008.

PEREIRA, P. K. et al. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending public health in Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2725-2736. 2009.

PEREIRA, P. K. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.37, n.5, p. 216-22. 2010.

PETRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, suppl. 2, p.17-20. 2001.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. Est.**, v. 13, n.1, p. 63-72. 2008.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 593-598. 2005.

PINTO, L. F. et al. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. **Cienc. Saúde Colet**, v. 10, p. 205-213. 2005.

POLETTA, F. A. et al. Consumo y exposición al humo de tabaco en mujeres embarazadas de Ecuador. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 27, n.1, p. 56-65. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTAL ODM. Relatório dinâmico, MG. Alfenas. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-dasgestantes/mg/alfenas>>. Acesso em: 15 maio 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS-MG. História de Alfenas. Disponível em: <[http://epidemiologia.alfenas.mg.gov.br/download/historia\\_alfenas.pdf](http://epidemiologia.alfenas.mg.gov.br/download/historia_alfenas.pdf)>. Acesso em 19 de set. 2013.

PRIETSCH, S. O. M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916. 2011.

RAHMAN, A. et al. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 115, n.1, p. 481–486. 2007.

RHEBERGEN, D. et al. The 7-year course of depression and anxiety in the general population. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 123, n. 1, p. 297–306. 2011.

RICCIO, G. M. G. E. et al. Validação do instrumento de levantamento de dados a fórmula de diagnóstico de enfermagem. **Rev. Soc. Cardiol.**, v.5, n. 3, Suppl. A, p. 1-16. 1995.

RICE, F.; JONES, I.; THAPAR, A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. **Acta Psychiatr. Scand.**, v.115, n.1, p. 171–183. 2007.

RICH-EDWARDS, J. W., et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. **J Epidemiol. Community Health**, v. 60, p. 221-227. 2006.

ROBERTSON, E. et al. Pré-natais fatores de risco para depressão pós-parto: uma síntese da literatura recente. **Gen Hosp. Psychiatry.**, v. 26, n. 4, p. 289-295. 2004.

ROCHAT, T. et al. The prevalence and clinical presentation of antenatal depression in rural South Africa. **J. Affect. Disord.**, v. 135, n. 1, p. 362–373. 2011.

RODRIGUES, G. A. Análise e propostas referentes ao trânsito e à espacialidade de vias no centro de Alfenas-MG. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Geografia) - Universidade Federal de Alfenas-MG. 38 f. 2011.

RODRIGUES, M. J. S. F. O diagnóstico de depressão. **Psicol. USP**, v.11, n. 1, p. 56-62. 2000.

ROMBALDI, A. J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 4, p. 620-629. 2010.

RONDÓ, P. H. C. et al. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 57, n. 1, p. 266-272. 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

RUBERTSSON, C.; WALDENSTROM, U.; WICKBERG, B. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. **J. Reprod. Infant. Psychol**, v. 21, p. 113–123. 2003.

RUBERTSON, C. et al. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 8, n.2, p. 97-104. 2005.

RUIZ, R. J. et al. Acculturation, depressive symptoms, estriol, progesterone and preterm birth in Hispanic women. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 15, n. 1, p. 57–67. 2012.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, dez. 2007.

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. Depression during pregnancy. **Can. Fam. Physician**, v. 51, n. 1, p. 1087-1093. 2005.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 326-234. 2009a.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALLI, L. **Escala de auto-registro de depressão pós-parto: Estudo no Brasil**. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos editorial. 2000. p. 97-103.

SANTOS, N. A. et al. **Perfil das gestantes com pré-eclâmpsia e fatores emocionais associados**. In: 61<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009, Fortaleza. Transformação social e sustentabilidade ambiental. 2009b. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/01565.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01565.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2013.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Cien. Saúde Colet.**, v.16, n.5, p. 2575-2585. 2011.

SHAMU, S. et al. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. **Plos One**, v. 6, n. 1, e17591. 2011.

SIEGEL, S.; CASTELLAN Jr., N. J. **Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento**. 2. ed. Artmed. 2006.

SILVA, C. S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. **HU Revista**, v. 35, n. 2, p. 111-118. 2009.

SILVA, R. A. et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public healthcare system. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 32, n. 2, p. 139-144. 2010a.

SILVA, R. A. et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p.1832-1838. 2010b.



SLADE, P. et al. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at in infertility clinic. **Hum. Reprod.**, v. 22, n. 8, p. 2309-2317. 2007.

SMITH, R. et al. **Family planning saves lives**. Washington DC: Population Reference Bureau, 2009.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. Edição: Artimed, 2006.

SIMÕES, C. C. S. **A transição da fecundidade no Brasil**: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo: Arbeit Factory, 2006.

SMITH, M. V. et al. Perinatal depression and birth outcomes in a healthy start project. **Matern. Child Health J.**, v. 15, n. 11, p. 401–409. 2011.

SNAITH, R. P. **The hospital anxiety and depression scale**: Health Qual Life Outcomes. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 1, p. 29-31. 2003.

SOEIRO, R. E. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 793-799. 2008.

SOUZA, E. D. C. **Representações sociais de gestantes que frequentam pré-natal de alto risco**. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande. 2009.

SPIICE, K. et al. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, v. 30, n. 1, p. 168–174. 2009.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 3, p. 381-8. 2006.

SPINHOVEN, P. et al. The role of personality in comorbidity among anxiety and depressive disorders in primary care and specialty care: a cross-sectional analysis. **General Hospital Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 470–477. 2009.

STORKSEN, H. T. et al. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 91, n. 1, p. 237–242. 2012.

STUART, G. W.; LARAIA, M. **Tratado de Enfermagem Psiquiátrica**. 60. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SUPPASEEMANONT W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. **Am. J. Matern. Child. Nurs.**, v. 31, n.1, p. 10-15. 2006.

SWEDO, S. E.; LEONARD, H. L.; ALLEN, A. J. New developments in childhood affective and anxiety disorders. **Current Problems Pediatrics**, New York, v. 24, n. 8, p. 12-38. 1994.

TALGE, N. M. et al. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. **J Child. Psychol. Psychiatry**, v. 48, n. 1, p. 245–261. 2007.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiatria de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEDESCO, J. J. A. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2002.

TEDESCO, J. J. A.; ZUGAYB, M.; QUAYLE, J. In: TEDESCO, J.J. A.; ZUGAYB, M; QUAYLE. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.99-108.

TELES, L. M. R; et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enferm.**, v.15, n. 4, p. 688-695. 2010.

THIENGO, D. L. et al. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.61, n.4, p. 214-220. 2012.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos e cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

TZILLOS, G. K. Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 15, n.1, p. 397–401. 2012.

VAN DEN BERGH B. R.; MARCOEN, A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. **Child. Development**, v. 75, n. 1, p. 1085-1097. 2004.

VEGAS-LÓPES, O. et al. Psychiatric disorders in pregnancy and postpartum woman in the United States. **Arch. Gen. Psychiatric**, v. 65, n. 7, p. 805-815. 2008.

VIDO, M. B. **Qualidade de vida na gravidez**. 2006. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Guarulhos. Guarulhos, 2006.

VIEGAS, M. et al. Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social. **BIS. Saúde Sexual e Reprodutiva**, v. 46, n. 12, p. 9-17. 2008.

VIEIRA B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc Ciência - ACBS**, v. 4, n. 1, p. 79-90. 2013.

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; BUZZO, V. A. S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n.11, p.8-16. 2009.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

VILLANUEVA, L. A.; PEREZ-FAJARDO, M. M.; IGLESIAS, L. F. Factores sociodemograficos asociados a depresion en adolescentes embarazadas. **Ginecol. Obstet. Mex.**, v. 68, n.1, p. 143-148. 2000.

VYTHILINGUM, B., et al. Screening and pathways to maternal mental health care in a South African antenatal setting. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 16, n. 1, p. 371–379. 2013.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. 135 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ZBOZINEK, T. D., et al. Diagnostic overlap of generalized anxiety disorder and major depressive disorder in a primary care sample. **Depress. Anxiety**, v. 29, n. 12, p. 1065-1071. 2012.

ZELKOWITZ, P. et al. Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 11, n. 1, p. 1–11. 2008.

ZHOU, Y., et al. A blind area of family planning services in China: unintended pregnancy among unmarried graduate students. **BMC Public Health**, v. 13, n.1, p. 198. 2013.

ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, p. 361-370. 1983.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, suppl. II, p. 56-64. 2005.

ZUGAIB, M. et al. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008.

WANNMACHER, L. **Depressão maior: da descoberta à solução?** In: **Uso racional de medicamentos: Temas selecionados**. Boletim da Organização Pan-americana da Saúde. Brasília, 2004.

WISSART, J.; PARSHAD, O.; KULKARNI, S. Prevalence of pre-and postpartum depression in Jamaican women. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 5, n. 1, p. 15. 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Dependence. **Prevention and promotion in mental health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

\_\_\_\_\_. Department of Mental Health and Substance Dependence. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice**. Geneva: World Health Organization, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Maternal Mortality in 2006: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank**. Geneva: World Health Organization, 2008.

\_\_\_\_\_. **Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature.** Geneva: World Health Organization, 2009.

\_\_\_\_\_. **Mental Health Atlas 2005.** Section I. Geneve: World Health Organization, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Statistical Information System (WHOSIS).** 2007. Disponível em: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/care\\_after\\_childbirth/mgccom/en/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/mgccom/en/). Acesso em 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. The World Health Report 2001. **Mental health: New Understanding, New Hope.** Geneva: World Health Organization, 2001.

YAMAGUCHI , E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 35, n. 1, p. 44-47. 2008.

**APÊNDICE A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG



Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063

Alfenas, 09 de agosto de 2012.

À Secretária Municipal de Saúde do município de Alfenas – MG

Dra. Giselly Gianni Pelegrini,

Solicito à V.S<sup>a</sup> autorização para realização de pesquisa nas unidades de atenção primária em saúde do município de Alfenas-MG, para conclusão do Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Alfenas, UNIFAL-MG.

A pesquisa será intitulada “**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO PRÉ-NATAL**” e estará direcionada ao sujeito: gestantes submetidas ao atendimento pré-natal pelo SUS nas unidades municipais de atenção à saúde. O estudo está sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, co-orientação Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira e autoria de Mônica Maria de Jesus Silva.

Esclareço que a pesquisa será realizada somente se houver consentimento do sujeito, que a secretaria não arcará com nenhum custo, que mantereí sigilo sobre todos os dados e unidade de saúde e que, no final da pesquisa a secretaria receberá o resultado deste trabalho.

Atenciosamente,

*Mônica Maria de Jesus Silva*  
Mestranda: Enf<sup>a</sup>. Mônica Maria de Jesus Silva

*Eliana Peres Rocha C. Leite*  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha C. Leite

*Denismar Alves Nogueira*  
Co-Orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

À sua senhoria a Senhora

Dra. Giselly Gianni Pelegrini,

Secretária Municipal de Saúde

Alfenas-MG

De acordo \_\_\_\_\_

*Amândeo Vaz T. C. Mioral*  
Secretaria Municipal de Saúde

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins que após receber as informações mencionadas anteriormente, cedo os direitos de minha participação neste estudo respondendo a entrevista no dia \_\_\_/\_\_\_/ 2012 para que se possa fazer uso deste na pesquisa, podendo ser usado integralmente ou em partes, sem restrição de citações, desde a presente data, para a pesquisadora Enf<sup>a</sup>. Mônica Maria de Jesus Silva, orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite e co-orientador Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira.

### **Assim, estou ciente dos meus direitos abaixo relacionados:**

- 1- Garantia de receber informações gerais sobre o significado, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação sobre qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados à pesquisa;
- 2- Liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto traga prejuízo ou penalização em minha vida cotidiana e frente a sociedade;
- 3- Segurança de que não serei identificado (a) e que será mantido sigilo e caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- 4- De não haver restrições/indução na vontade do sujeito em participar da pesquisa;
- 5- Não existência de danos, vulnerabilidade ou riscos aos sujeitos da pesquisa;
- 6- Garantia de não haver ônus na participação, porque a entrevista que concederei, será realizada em local, data e horário que me seja adequado. Portanto, estou ciente de que não haverá gastos nem ressarcimento e/ou indenização.

Assim, sendo, declaro Meu Consentimento para que sejam usadas as informações que forneci para esta pesquisa, podendo inclusive, torná-las públicas para órgãos competentes, em eventos científicos e publicar os resultados na literatura nacional.

Desse modo, concordo em participar deste estudo.

Alfenas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – Instrumento de Caracterização da Amostra**

Número: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/ 2013

**IDENTIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA**

1) Idade (em anos): \_\_\_\_\_

2) Tipo de moradia:

 Imóvel próprio                       Imóvel cedido Imóvel alugado                       outro.

Especificar: \_\_\_\_\_

3) Estado civil atual:

 Solteira                                   Separada Casada/com companheiro       viúva Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

4) Escolaridade:

 Não alfabetização Ensino Fundamental incompleto       Ensino Médio completo Ensino Fundamental completo       Ensino Superior Incompleto Ensino Médio Incompleto               Ensino Superior completo

5) Crença religiosa:

 Católica                       Evangélica               Outra. Especificar: \_\_\_\_\_ Espírita                       Sem religião

6) Renda familiar mensal (em reais): \_\_\_\_\_

7) Profissão: \_\_\_\_\_



8) Condição ativa atual:

Empregada                       Desempregada                       Licença Saúde

**ANAMNESE OBSTÉTRICA ATUAL E PREGRESSA:**

9) Você teve dificuldade para engravidar?

Sim     Não

10) Você fez tratamento para engravidar?

Sim     Não

11) Idade gestacional : \_\_\_\_\_ semanas

12) G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_

Abortamento                       Parto prematuro

13) Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_

14) Na (s) gestação (oes) anterior (es), você teve alguma complicação?

Sim     Não     Não se aplica

Especificar: \_\_\_\_\_

15) Nesta gestação você teve alguma complicação, até esse momento?

Sim     Não. Especificar: \_\_\_\_\_

16) Esta gravidez foi planejada?

Sim     Não

17) O bebê é desejado por você?

Sim     Não     Em parte

18) O bebê é desejado pelo pai?

( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

19) O pai do seu filho (a) apoia sua gravidez?

( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

20) Sua família apoia sua gravidez?

( ) Sim ( ) Não

### **HÁBITOS DE VIDA E DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES**

21) Você fuma?

( ) Sim ( ) Não

21.1) Se sim, quantos cigarros você fuma por dia? \_\_\_\_\_

22) Você ingere bebida alcóolica?

( ) Sim ( ) Não

22.1) Se sim, com que frequência?

( ) Uma ou menos de uma vez por mês ( ) Duas a três vezes por semana

( ) Duas a quatro vezes por semana ( ) Quatro ou mais vezes por semana

23) Você faz uso de drogas?

( ) Sim ( ) Não. Especificar: \_\_\_\_\_

24) Você tem alguma problema de saúde?

( ) Sim ( ) Não.

Especificar: \_\_\_\_\_

25) Você faz uso de medicamentos diários?

Sim  Não.

Especificar: \_\_\_\_\_

26) Você já teve algum problema mental?

Sim  Não

26.1) Se sim, você realizou tratamento? Qual?

Sim  Não.

Especificar: \_\_\_\_\_

### **EVENTOS MARCANTES E RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

27) No último ano, ocorreu algum evento marcante na sua vida?

Sim  Não

27.1) Se sim, o que ocorreu ?

Perda (morte) de ente querido  Separação do companheiro  
 Diagnóstico de doença em você  Diagnóstico de doença em ente querido  
 Perda do emprego  Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

28) Você enfrenta, no momento, algum problema/conflito com seu companheiro?

Sim  Não  Não se aplica

29) Você já sofreu violência doméstica?

Sim  Não

29.1) Se sim, qual?

Sexual  Negligência  Física  Psicológica  
 Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

30) Hoje, você sofre violência doméstica?

Sim  Não

30.1) Se sim, qual?

Sexual     Negligência     Física     Psicológica

Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

31) Você tem uma relação satisfatória com sua família, amigos/comunidade?

Sim     Não     Em parte

31.1) Se não, com quem esta relação não é satisfatória?

Família     Amigos     Comunidade     Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

32) Você tem ajuda (suporte) de algo/alguém?

Sim     Não

32.1) Se sim, de quem?

Família     Igreja     Amigos     Comunidade

outros. Especificar: \_\_\_\_\_

32.2) Se sim, de que tipo?

Financeira     Emocional/psicológica     Ambos

Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – Formulário de Avaliação dos Juízes**

**Processo de Refinamento do Instrumento de Caracterização da Amostra**

ITENS DO INSTRUMENTO	ITENS A SEREM AVALIADOS			SUGESTÃO
	APARÊNCIA *	PERTINÊNCIA **	COMPREENSÃO ***	
<b>IDENTIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA</b>				
1) Idade	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
2) Município onde reside	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
3) Tipo de moradia	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
4) Estado civil	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
5) Escolaridade	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
6) Crença religiosa	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
7) Renda familiar mensal	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
8) Profissão	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
9) Condição ativa atual	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	

<b>ANAMNESE OBSTÉTRICA ATUAL E PREGRESSA</b>				
10) Idade gestacional	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
11) Condição obstétrica	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
12) G__P__A__	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
13) Você desenvolveu algum problema de saúde durante a gestação?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
14) Você teve alguma ameaça de aborto nesta gestação?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
15) Esta gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
16) O bebê foi desejado por você?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
17) O bebê foi desejado pelo pai?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
18) O pai do seu filho(a) apoia sua gravidez?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
19) Você tem o apoio da sua família na sua gestação?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
20) Sua família desejou sua gravidez?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	

21) Você tem outros filhos? Quantos?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
22) Número de filhos vivos	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
23) Você teve alguma complicação em sua (s) gestação (es) anterior (es)?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
<b>HÁBITOS DE VIDA E DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES</b>				
24) Você fuma?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
25) Você ingere bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
26) Você faz uso de drogas?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
27) Você tem alguma problema de saúde?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
28) Você faz uso de medicamentos diários?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
29) Você já teve algum transtorno psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	

<b>EVENTOS MARCANTES E RELAÇÕES INTERPESSOAIS</b>				
30) No último ano, ocorreu algum evento marcante na sua vida?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
30.1) Se sim, o que ocorreu?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
31) No último ano ocorreu algum(s) evento(s) marcante(s) na sua profissão?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
31.1) Se sim, o que ocorreu (ram)?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
32) Você enfrenta, no momento, algum conflito com seu companheiro?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
33) Você tem ajuda (suporte) de algo/alguém?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
33.1) Se sim, de quem?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
34) Você tem uma relação satisfatória com sua família, amigos e comunidade?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
34.1) Se não, com quem esta relação é ameaçada?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	





## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Juiz



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



(Decreto 93.933 de 14/01/1987, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) professor (a)/pesquisador (a),

Vimos solicitar sua participação no estudo “**AValiação da Ansiedade e Depressão Pré-Natal**”, cujo propósito é validar o instrumento (validação de aparência) constante no mesmo. Sua colaboração consiste em responder o formulário (anexo) após análise do instrumento (anexo), cujo objetivo é analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência, compreensão).

Asseguramos total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso aceite participar, é preciso assinar este termo, que está em duas vias, uma delas é sua, a outra da pesquisadora.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

\_\_\_\_\_  
Mestranda: Enf<sup>a</sup>. Mônica Maria de Jesus Silva

\_\_\_\_\_  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha C. Leite    Co-orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

### Consentimento de participação:

Eu, \_\_\_\_\_ RG/CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: “**AValiação da Ansiedade e Depressão Pré-Natal**”, sob responsabilidade da pesquisadora Mônica Maria de Jesus Silva, como sujeito voluntário(a).

Assinatura: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Contato:

Mônica : email: [monica.mjsilva@yahoo.com.br](mailto:monica.mjsilva@yahoo.com.br)    telefone: (35) 91705683  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha C. Leite: email: [eprcl@yahoo.com.br](mailto:eprcl@yahoo.com.br)    telefone: (35) 3299 - 1380  
Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714, Centro, Campus da UNIFAL/MG, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas.

## APÊNDICE F - Informações Sobre a Pesquisa

Sra: \_\_\_\_\_

Sou Mônica Maria de Jesus Silva, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL – MG, orientanda da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite e co-orientanda do Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira. Frente ao meu mestrado, pretendo realizar a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO PRÉ-NATAL**”, com o objetivo de avaliar a ansiedade e depressão no pré-natal. Solicitamos sua contribuição nesta pesquisa a responder aos 2 questionários. Gostaríamos de destacar a importância de sua colaboração nesta pesquisa, deixando claro que sua participação não lhe trará riscos ou prejuízos pessoais e que será garantido sigilo das informações obtidas e seus anonimatos.

Se estiver de acordo em participar da pesquisa, leia e preencha os dados que seguem.

Agradecemos a atenção, respeitosamente,

\_\_\_\_\_  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite

\_\_\_\_\_  
Co-Orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora: Mônica Maria de Jesus Silva (35) 91705683

**Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714, Centro. Tel: (35) 3299-138**

## ANEXO A - Dados Fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



### PREFEITURA DE ALFENAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Ofício VE 078-2012**

**Vigilância Epidemiológica**

**Assunto: Resposta à Solicitação.**

**Alfenas, 03 de maio de 2012.**

Prezada Senhora,

A Secretaria Municipal de Saúde por esta coordenação vem, gentilmente, responder à solicitação de dados enviada dia 26 de abril de 2012, conforme quadros no verso.

Informo que os dados são de origem do Programa de Acompanhamento da Gestante (PAGE) pelo software SGS (Sistema de Gestão Social) desenvolvido pela Prefeitura de Alfenas e são passíveis de alteração nos meses apresentados. Outra informação é que nem todas as unidades que realizam pré-natal participam ainda do PAGE diretamente, logo não é processado este dado.

Solicito a gentileza de, assim que os primeiros resultados sejam concluídos, que esta Secretaria possa ser atualizada para que já possamos estruturar políticas públicas a este grupo pesquisado que é prioritário nas ações em saúde.

Dede já agradeço a atenção e coloco-me a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que se fizerem.

Atenciosamente,

  
**Denis de Oliveira Rodrigues**  
 Coordenador de Vigilância Epidemiológica

**Ilma Sra.**

**Enf. Mônica Maria de Jesus Silva**

**Programa de Pós-Graduação**

**Universidade Federal de Alfenas**



**PREFEITURA DE ALFENAS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Número de acompanhamentos no PAGE\***

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2011	-	-	3	33	82	55	37	43	62	46	20	31	412
2012	60	26	34	17									137

Fonte: SGS - Secretaria de Desenvolvimento Social

\*Dados passíveis de alteração

**Número de cadastros no PAGE\***

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2011	-	-	1	30	68	51	35	42	52	43	18	31	371
2012	55	26	35	20									136

Fonte: SGS - Secretaria de Desenvolvimento Social

\*Dados passíveis de alteração

**Porcentagem de 7 ou mais Consultas de Pré-natal de mães residentes em Alfenas**

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2009	65,8	70,5	67,4	70,5	73,5	70,1	69,1	71,6	65,3	77,7	76,1	78,6	71,3
2010	73,8	64,3	77,4	62,5	70,4	64,9	65,4	68,2	73,2	70,7	80,6	74,4	70,4
2011	77,0	73,0	77,8	73,9	67,5	78,5	75,6	74,0	79,7	73,4	71,3	69,4	74,2
2012	75,0	68,0	72,0	1,0									

Fonte: SINASC - Vigilância Epidemiológica/Alfenas

**Número de nascidos vivos de mães residentes em Alfenas**

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2009	79	88	86	78	68	77	68	81	95	94	71	84	969
2010	80	84	106	80	81	94	81	66	71	75	62	86	966
2011	74	74	81	92	80	79	82	73	59	79	80	72	925
2012	94	91	102	3	0	0	0	0	0	0	0	0	290

Fonte: SINASC - Vigilância Epidemiológica/Alfenas

## ANEXO B – Declaração de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO PRÉ-NATAL

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07520812.8.0000.5142

**Pesquisador:** Eliana Peres Rocha Carvalho Leite

**Instituição:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS -  
UNIFAL-MG

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 113.129

**Data da Relatoria:** 01/10/2012

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem estruturado e bem escrito

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a presença de ansiedade e depressão no pré-natal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos.  
Benefícios a pp gestante.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os sujeitos serão gestantes com idade superior a 18 anos atendidas nos PSFs Jardim São Carlos, Itaparica e Primavera e na UBS Aparecida, que consentirem participar do estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Consta TCLE.  
Consta Termo de Anuencia da SMS

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3299-1318

**Fax:** (35)3299-1318

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP homologa o parecer do relator.

ALFENAS, 02 de Outubro de 2012

Assinado por:

Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão

(Coordenador)

## ANEXO C - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta

**A (1)** Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca

**D (2)** Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Não tanto quanto antes  
2 ( ) Só um pouco  
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**A (3)** Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
2 ( ) Sim, mas não tão forte  
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
0 ( ) Não sinto nada disso

**D (4)** Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Atualmente um pouco menos  
2 ( ) Atualmente bem menos  
3 ( ) Não consigo mais

**A (5)** Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Raramente

**D (6)** Eu me sinto alegre:

- 0 ( ) A maior parte do tempo  
1 ( ) Muitas vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Nunca

**A (7)** Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 ( ) Sim, quase sempre  
1 ( ) Muitas vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Nunca

**D (8)** Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 ( ) Quase sempre  
2 ( ) Muitas vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca

**A (9)** Eu tenho uma sensação ruim de medo, como frio na barriga ou aperto no estômago:

- 0 ( ) Nunca  
1 ( ) De vez em quando  
2 ( ) Muitas vezes  
3 ( ) Quase sempre

**D (10)** Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 ( ) Completamente  
2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

**A (11)** Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 ( ) Sim, demais  
2 ( ) Bastante  
1 ( ) Um pouco  
0 ( ) Não me sinto assim

**D (12)** Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Um pouco menos do que antes  
2 ( ) Bem menos do que antes  
3 ( ) Quase nunca

**A (13)** De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 ( ) A quase todo momento  
2 ( ) Várias vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Não sinto isso

**D (14)** Sinto prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 ( ) Quase sempre  
1 ( ) Várias vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Quase nunca